



Estudo para Proposição de Estratégias de Fixação de RH nos respectivos Municípios, no âmbito do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde no Estado de São Paulo.

Produto 5 – Relatório Final

Rio de Janeiro-RJ/Belo Horizonte-MG

Julho de 2018

Instituição contratada:

Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC)

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

Instituições executoras:

Estação de Trabalho ObservaRH do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ)

Coordenadora: Célia Regina Pierantoni

Equipe: Carinne Magnago, Rômulo Gonçalves de Miranda, Swheelen de Paula Vieira, Victoria da Fraga Lemos

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/NESCON/FM/UFMG)

Coordenador: Sabado Nicolau Girardi

Equipe: Ana Carolina Maciel Chagas, Ana Cristina de Sousa van Stralen, Cristiana Leite Carvalho, Erick de Oliveira Faria, Flávio de Paiva Loureiro, Jackson Freire Araujo, Joana Natália Cella, Juliano de Carvalho Fonseca, Lucas Wan Der Maas, Luis Antônio Bonolo Campos, Renata Bernardes David, Thaís Viana Lauer

Instituição contratante:

Unidade de Coordenação do Projeto (UCP)

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP)

Coordenador UCP: Ricardo Tardelli

Responsável Técnico: Paulo Henrique D'Ângelo Seixas

Rio de Janeiro/Belo Horizonte, julho de 2018.

Sumario Executivo

Este documento apresenta os resultados finais do estudo para proposição de estratégias de fixação de recursos humanos em saúde em municípios de regiões selecionadas no âmbito do “Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde no Estado de São Paulo”, a saber: Vale do Ribeira, Itapeva, Vale do Jurumirim, Litoral Norte e Metropolitana de Campinas. O estudo foi executado pelo Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC) através da Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e da 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/NESCON/FM/ UFMG).

O estudo teve por objetivo subsidiar a proposição de estratégias de atração e fixação de médicos para atuar nos serviços de saúde dos municípios das regiões selecionadas, tendo sido dividido em quatro áreas temáticas:

1. Caracterização da estrutura do arranjo produtivo local de saúde e do mercado de trabalho e de serviços médicos por meio da **análise de dados secundários** e da realização de **Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC)** com agentes contratantes de médicos e os próprios médicos atuantes nas regiões.
2. Identificação de áreas com maior necessidade de recursos humanos em saúde a serem consideradas prioritárias na proposta de intervenção. Para essa identificação foram analisados diversos indicadores e foi construído um **Índice de escassez de médicos**, o qual localiza geograficamente e mensura a intensidade do problema.
3. Levantamento e análise das expectativas dos médicos e agentes contratantes de médicos em relação à atuação nos serviços de saúde existentes e os que ainda serão criados, o que, por um lado, também foi coletado por meio das ETAC e, ainda, por meio de um estudo em profundidade com a realização de **trabalho de campo** nas regiões selecionadas em que se realizaram **entrevistas em profundidade** com atores-chave representantes dos arranjos locais do mercado de trabalho e de serviços médicos.
4. Definição de proposta de intervenção através da aplicação de um **Discrete Choice Experiment (DCE)** que tem por objetivo identificar cenários de emprego que são mais favoráveis à atração e fixação de médicos nas regiões.

O presente resumo executivo está dividido segundo cada uma das áreas temáticas. Sempre que a metodologia utilizada permitiu a análise pormenorizada, os resultados são apresentados por região.

Arranjos do mercado de trabalho médico e perfil da força de trabalho

Este componente do estudo teve como objetivo, por um lado, caracterizar o arranjo produtivo da assistência à saúde regional, descrevendo a estrutura assistencial, os principais agentes contratantes e as formas de vinculação laboral dos médicos. Por outro lado, descrever o perfil profissional, formação e origem dos médicos em atividade nas diferentes regiões de saúde, sua movimentação e inserção entre os diferentes serviços e o exercício de especialidades médicas.

Fontes de informação utilizadas:

- *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde* de junho de 2016 relativos à concentração de serviços de assistência direta à saúde, aos vínculos de médicos correspondentes e à ocupação de médicos em especialidades;
- *Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)* de 2014 relativos à concentração de atividades na economia formal; e de 2015 relativos aos vínculos de emprego de médicos e salários;
- *Cadastro Nacional de Especialidades Médicas (CNEM)* de 2015 relativos ao perfil da força de trabalho médica no cadastro do Conselho Federal de Medicina (CFM) e à titulação em especialidades segundo Cadastro da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e Associação Médica Brasileira (AMB).

Vale do Ribeira

- A **economia local** é caracterizada pela concentração de atividades primárias, sobretudo em cultivo de frutas, legumes e flores. Na RAIS de 2014, do total de 5.505 estabelecimentos empregadores na região e 45.914 vínculos, a classe econômica com maior participação na economia (Cultivo de Frutas) apresenta 14,9% dos estabelecimentos e 9,2% dos vínculos (Apêndice B, Tabela 98).
- Em junho de 2016, havia um total de **449 médicos** atuantes na região – sendo 408 em Equivalente de Tempo Integral (ETI) – com 763 vínculos em estabelecimentos de saúde, segundo o CNES (tabela 6). A **Atenção Primária à Saúde (APS)** contava com 143 médicos em ETI, distribuídos em 94 Unidades Básicas de Saúde, sendo que estes médicos representam 35,0% do total de profissionais atuantes na região, a maior oferta de médicos na APS quando observado entre as 5 regiões do estudo (Tabela 8). Nos serviços de **Atenção Especializada em Saúde (AES) do SUS**, havia 14 estabelecimentos, com um total de 154 médicos em

ETI que atendem pelo SUS, sendo 80,4% nos estabelecimentos públicos e 19,6% em estabelecimentos privados, sobretudo não lucrativos (tabela 9).

- **Principais estabelecimentos na região:** Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua (gerida pelo CONSAUDE – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira e Litoral Sul) e o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) (gerida pela Organização Social Cruzada Bandeirante).
- **Mercado privado:** a região possui um total de 18 estabelecimentos entre hospitais, unidades ambulatoriais e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), somando 74 médicos em ETI. Os consultórios particulares totalizam 46 estabelecimentos, sendo que é a região com a menor disponibilidade desse tipo de estabelecimento.
- **Perfil dos médicos:** a maioria dos médicos é do sexo masculino (61,9%), com concentração nas faixas etárias entre 30 e 59 anos. Do total de 449 médicos, apenas 10,9% são naturais de municípios da região e 48,3% com naturalidade no estado de São Paulo, sendo que 31% se formaram no estado. É também a região com a menor proporção de profissionais com moradia em municípios da própria região (49%) (tabela 11).
- Os principais **agentes contratantes** de médicos são as prefeituras, representando um percentual de 51,3% dos vínculos com contratação direta com as prefeituras e 25,2% por via indireta de contratação através do Consórcio Intermunicipal de Saúde. As associações privadas (Santas Casas) concentram 50,5% dos vínculos do total em estabelecimentos privados não lucrativos (Apêndice A, tabela 78). De maneira geral, o mercado está concentrado em Pariquera-Açu e Registro.
- As **formas de contratação** são variadas, sendo a região com a maior proporção de vínculos celetistas (22%), tanto no setor público quanto no privado, embora os vínculos como autônomos também sejam muito frequentes, 41,3% do total. Na contratação direta com as prefeituras, a principal forma de vinculação é o emprego público (56,9%). A principal forma de vinculação do CONSAUDE é a celetista (52,8%), já na AME Pariquera-Açu, autônomo Pessoa Jurídica (92,5%). Em estabelecimentos privados, 50,5% dos vínculos ocorrem em associações (Santas Casas), que contratam preferencialmente utilizando os vínculos de autônomos (58,9% Pessoa Física e 25% Pessoa Jurídica). No setor privado lucrativo, a maioria também contrata na forma autônoma, entretanto a modalidade de PJ é mais presente (40,4%, contra 27,9% de PF) (Apêndice A, tabelas 76 e 80).
- Em 2015, o **mercado de trabalho formal** de médicos contava com 297 vínculos de emprego ativos, segundo a RAIS. É a região com os salários médios mais altos (R\$11.390,27) tanto no setor público (R\$11.854,82) quanto no privado (R\$10.172,23), porém é aquela com menor tempo médio de duração dos vínculos (6,0 meses) (tabelas 7 e 38).

- Segundo os dados secundários do CNES e do CNEM, do total de médicos atuantes na região, 46,3% possuíam título em alguma **especialidade** médica (a menor proporção entre as regiões). As especialidades com maior número de médicos atuantes em junho de 2016 são clínica, Medicina de Família e Comunidade, Radiologia e Diagnóstico por Imagem e Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, sendo estas duas últimas as que possuíam o maior número de médicos com titulação correspondente (Apêndice A, tabela 93; tabela 11).

Itapeva

- A **economia local** concentra atividades econômicas primárias, com destaque para cultivo de plantas e oleaginosas de lavoura temporária, atividade que se destaca entre os 7.596 estabelecimentos empregadores e 63.088 vínculos de emprego da região, segundo a RAIS 2014. Outras atividades que representam destaque: Cultivo de algodão herbáceo e cereais, produção florestal (florestas plantadas e nativas), indústria extrativa mineral, comércio atacadista de madeira e fabricação de cimento (Apêndice B, Tabela 100).
- Em junho de 2016, havia um total de **320 médicos** atuantes na região – sendo 298 em Equivalente de Tempo Integral (ETI) – com 935 vínculos em estabelecimentos de saúde, segundo o CNES (tabela 6). A **APS** contava com 90 médicos em ETI distribuídos em 78 Unidades Básicas de Saúde, sendo que 76,0% na ESF (a maior proporção entre as 5 regiões) e o restante na atenção primária convencional (tabela 8). Nos serviços de **AES do SUS**, há 29 estabelecimentos, com um total de 137 médicos em ETI que atendem pelo SUS, sendo 29,7% nos estabelecimentos públicos, e 70% nos privados não lucrativos e 1,5% nos de natureza jurídica privada lucrativa (tabela 9).
- **Principais estabelecimentos na região:** AME de Itapeva (gerida pela Santa Casa de Misericórdia de Itapeva), Santa Casa de Itapeva e Santa Casa de Itararé.
- **Mercado privado:** a região possui um total de 35 estabelecimentos entre hospitais, unidades ambulatoriais e SADT, totalizando 130 médicos em ETI. Os consultórios particulares totalizam 82 estabelecimentos, os quais se localizam principalmente em Itapeva, Itararé e Apiaí, que são os únicos municípios da região com hospitais.
- **Perfil dos médicos:** apresenta a menor participação de médicos do sexo feminino (25,6%), com concentração nas faixas etárias entre 35 e 49 anos e para homens entre 30 e 39 anos 55 e 64 anos. Do total de 320 médicos, 16,6% são naturais de municípios da região e 55,6% com naturalidade no estado de São Paulo, e 61,6% moram nos municípios da própria região. Em relação à formação profissional, 33,4% se graduaram no estado (tabela 11).

- Os principais **agentes contratantes** de médicos são as associações privadas (Santas Casas) – representando 85,7% dos vínculos entre os estabelecimentos privados não lucrativos – e as prefeituras – 84% dos vínculos em estabelecimentos públicos (Apêndice A, tabela 78). Os serviços de saúde se distribuem melhor do que o observado na região do Vale do Ribeira, ainda que com maior estrutura na sede da região, em Itapeva, e menor estrutura nos municípios de Riversul e Bom Sucesso do Itararé;
- A **forma de contratação** de médicos dominante é sem vínculo com os serviços de saúde, isto é, como autônomo (70%, sendo 25,6% PJ e 44,4% PF). Na contratação direta com as prefeituras, a principal forma de vinculação é a estatutária (60,2%). O AME de Itapeva contrata médicos em sua grande maioria (92,6%) como autônomos do tipo PJ. Em estabelecimentos privados, 85,7% dos vínculos ocorrem em associações (Santas Casas), que contratam preferencialmente utilizando os vínculos de autônomos (67,5% PF e 29,6% PJ). Nos serviços privados lucrativos, a maioria também contrata na forma autônoma (95,9% PF e 4,1% PJ) (Apêndice A, tabelas 76 e 81).
- Em 2015, o **mercado de trabalho formal** de médicos contava com 91 vínculos de emprego ativos, segundo a RAIS. O salário médio observado foi de R\$ 8.901,79, sendo maior no setor privado (R\$ 9.496,39) em comparação ao público (R\$8.530,16). A duração média dos vínculos era de 8,4 meses (tabelas 7 e 38).
- Segundo os dados secundários do CNES e do CNEM, do total de médicos atuantes na região, 61,3% possuíam título em alguma **especialidade** médica. As especialidades com maior número de médicos atuantes em junho de 2016 são Clínica, Medicina de Família e Comunidade, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Pediatria, sendo estas três últimas as que possuíam o maior número de médicos com titulação correspondente (Apêndice A, tabela 94; tabela 11).

Vale do Jurumirim

- A **economia local** concentra atividades econômicas primárias, com destaque para cultivo de algodão herbáceo, atividade que se destaca entre os 7.796 estabelecimentos empregadores e 66.331 vínculos, segundo a RAIS 2014. Outras atividades que representam maiores proporções na economia local: Cultivo de café, laranja, cereais, e criação de bovinos (Apêndice B, tabela 102).
- Em junho de 2016, havia um total de 349 médicos atuantes na região – sendo 309 em Equivalente de Tempo Integral (ETI) – com 1.052 vínculos em estabelecimentos de saúde, segundo o CNES (tabela 6). A **APS** contava com 134 médicos em ETI, distribuídos em 85 Uni-

dades Básicas de Saúde. A proporção de médicos que trabalha na APS, em relação ao total, é a maior entre as 5 regiões (43,4%) e na ESF a menor proporção entre as 5 regiões (50,9%, tabela 8). Os municípios de Águas de Santa Bárbara, Barão de Antônio, Coronel Macedo, Iaras, Sarutaiá e Tejuapá possuem apenas serviços de APS. Nos serviços de **AES do SUS**, há 18 estabelecimentos, com um total de 133 médicos em ETI que atendem pelo SUS, sendo 15,4% nos estabelecimentos públicos, e 82,2% nos privados não lucrativos e 2,4% nos de natureza jurídica privada lucrativa (tabela 9).

- **Principais estabelecimentos na região:** Santas Casas de Avaré, Piraju e Taquarituba, seguidas das Santas Casas de Fartura, Taguaí e Cerqueira César. Na região está sendo construída um AME em Avaré.
- **Mercado privado:** a região possui um total de 26 estabelecimentos entre hospitais, unidades ambulatoriais e SADT, totalizando 133 médicos (em ETI). Consultórios particulares totalizam 115 estabelecimentos (Tabela 10), os quais se localizam principalmente Avaré, Piraju e Fartura.
- **Perfil dos médicos:** É a região com a maior proporção de médicos naturais do estado de São Paulo (71,3%) e de municípios da região (28,4%) e com grande proporção de médicos que moram em municípios da região (69,6%). Com forte participação masculina na força de trabalho (68,5%), com concentração nas faixas etárias entre 35 a 59 anos, para homens, e entre 25 e 39 anos, para mulheres. A maioria se graduou no estado (51,6%) (tabela 11).
- Os principais **agentes contratantes** de médicos são as associações privadas (Santas Casas) – representando 71,3% dos vínculos entre os estabelecimentos privados não lucrativos – e as prefeituras – 98% dos vínculos em estabelecimentos públicos (Apêndice A, tabela 78). Os serviços de saúde estão mais bem distribuídos, com maior estrutura na sede da região, em Avaré.
- A **forma de contratação** de médicos dominante é como autônomo (66,8%, sendo 24,9% PJ e 41,9% PF). Na contratação direta com as prefeituras, a principal forma de vinculação é a estatutária (53%). Em estabelecimentos privados, 71,3% dos vínculos ocorrem em associações (Santas Casas), que contratam preferencialmente utilizando os vínculos de autônomos (58,7% PF e 39,1% PJ). No setor privado lucrativo, a maioria também contrata na forma autônoma (86% PF e 5,8% PJ) (Apêndice A, tabelas 76 e 82).
- Em 2015, o **mercado de trabalho formal** de médicos contava com 149 vínculos de emprego ativos, segundo a RAIS. O salário médio observado foi de R\$ 5.701,98, o menor entre as regiões estudadas. Embora o salário no setor público fosse baixo (R\$ 5.300,59), o valor observado no setor privado também era o mais baixo entre as regiões (R\$ 7.000,33). A duração

média dos vínculos era de 9,7 meses (tabelas 7 e 38). No setor privado lucrativo, a maioria também contrata de forma autônoma (86% PF e 5,8% PJ).

- Segundo os dados secundários do CNES e do CNEM, do total de médicos atuantes na região, 52,7% possuíam título em alguma **especialidade** médica. As especialidades com maior número de médicos atuantes em junho de 2016 são Clínica, Medicina de Família e Comunidade, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, sendo estas três últimas as que possuíam o maior número de médicos com titulação correspondente (Apêndice A, tabela 95; tabela 11).

Litoral Norte

- A **economia local** concentra atividades econômicas na área de transportes aquaviários e do turismo. No total são 8.382 estabelecimentos empregadores e 66.823 vínculos de emprego segundo a RAIS de 2014 (Apêndice B, tabela 104).
- Em junho de 2016, havia um total de **614 médicos** atuantes na região – sendo 519 em Equivalente de Tempo Integral (ETI) – com 1.348 vínculos em estabelecimentos de saúde, segundo o CNES (tabela 6). A **APS** contava com 126 médicos em ETI, distribuídos em 59 Unidades Básicas de Saúde, sendo 69,5% na ESF e 30,5% na atenção primária convencional (tabela 8). Nos serviços de **AES do SUS**, há 25 estabelecimentos, com um total de 231 médicos em ETI que atendem pelo SUS, sendo 26,8% nos estabelecimentos públicos, e 71,6% nos privados não lucrativos e 1,6% nos de natureza jurídica privada lucrativa (tabela 9).
- **Principais estabelecimentos na região:** AME de Caraguatatuba (gerida pelo Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo – SECONCI-SP), Hospital de Clínicas de São Sebastião, Casa de Saúde Stella Maris de Caraguatatuba, Hospital Mario Covas Júnior de Ilha Bela e Santa Casa de Ubatuba.
- **Mercado privado:** a região possui um total de 44 estabelecimentos entre hospitais, unidades ambulatoriais e SADT, totalizando 278 médicos em ETI. Os consultórios particulares totalizam 98 estabelecimentos. Em média, há um consultório privado para cada 6,27 médicos atuantes na região, valor acima da média estadual e nacional (tabela 10).
- **Perfil dos médicos:** A maioria dos médicos era do sexo masculino (62,9%), com concentração nas faixas etárias entre 30 e 39 anos e 55 e 64 anos. As mulheres eram maioria na faixa etária entre 25 e 29 anos. Do total de 614 médicos, 61,9% moram nos municípios da região, 4,6% são naturais de municípios da região, e 60,4% naturais do estado de São Paulo. Em relação à formação profissional, 42,5% se graduaram no estado (tabela 11).

- Os principais **agentes contratantes** de médicos são as associações privadas (Santas Casas, 62,9% do total dos vínculos em estabelecimentos privados) e as prefeituras (83,6% dos vínculos em estabelecimento públicos) (Apêndice A, tabela 78). A oferta de serviços de saúde e de médicos é expressiva nos 4 municípios da região, sobretudo na sede Caraguatatuba;
- A forma de contratação dominante é a autônoma, 58,3% (sendo 24,2% PJ e 34,1% PF), embora seja muito comum a contratação de celetistas e estatutários, 35,8%. Na contratação direta com as prefeituras, a principal forma de vinculação é a estatutária (65,2%). Em estabelecimentos privados, 62,9% dos vínculos ocorrem em Santas Casas, que contratam preferencialmente utilizando os vínculos de autônomos (52,7% PF e 23,8% PJ). No setor privado lucrativo, a maioria também contrata na forma autônoma (53,8% PF e 23,8% PJ) (Apêndice A, tabelas 76 e 83).
- Em 2015, o **mercado de trabalho formal** de médicos contava com 157 vínculos de emprego ativos, segundo a RAIS. O salário médio observado foi de R\$ 8.716,85, sendo maior no setor privado (R\$9.512,02) em comparação ao público (R\$8.043,30). A duração média dos vínculos era de 9,6 meses (tabelas 7 e 38).
- Segundo os dados secundários do CNES e do CNEM, do total de médicos atuantes na região, 50,2% possuíam título em alguma **especialidade** médica. As especialidades com maior número de médicos atuantes em junho de 2016 são Clínica, Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia, sendo estas três últimas as que possuíam o maior número de médicos com titulação correspondente (Apêndice A, tabela 96; tabela 11).

Região Metropolitana de Campinas

- A **economia local** concentra atividades da indústria têxtil e automobilística. Do total de 75.258 estabelecimentos empregadores e 1.036.246 vínculos de emprego, a atividade econômica de tecelagem de fios representa a maior participação, segundo a RAIS 2014. Destacam-se também as atividades de cultivo de flores ornamentais e de transporte aéreo de carga (Apêndice B, tabela 106).
- Em junho de 2016, havia um total de **9.892 médicos** atuantes na região – sendo 9.080 em Equivalente de Tempo Integral (ETI) – com 23.684 vínculos em estabelecimentos de saúde, segundo o CNES (tabela 6). A **APS** contava com 1.067 médicos em ETI, distribuídos em 300 Unidades Básicas de Saúde, sendo 53,3% na ESF e 46,7% na atenção primária convencional. A proporção de médicos que trabalha na APS, em relação ao total, é a menor de 11,8%, muito próxima a do estado de São Paulo (tabela 8). Nos serviços de **AES do SUS**, a região

conta com a maior e mais complexa estrutura de serviços especializados, tendo 116 estabelecimentos públicos e 77 de natureza jurídica privada, com um total de 4.309 médicos em ETI que atendem pelo SUS, sendo 70,9% nos estabelecimentos públicos e 28,1% em privados (tabela 9).

- **Principais estabelecimentos na região:** Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Hospital Municipal Dr. Mário Gatti; Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Rossi; Hospital Estadual de Sumaré; AME de Santa Bárbara d'Oeste (gerida através de convênio entre a UNICAMP e a Secretaria de Estado da Saúde por meio de aditivo ao contrato de gestão do Hospital Estadual de Sumaré), entre outros.
- **Mercado privado:** a região possui um total de 809 estabelecimentos entre hospitais, unidades ambulatoriais e SADT, somando 4.396 médicos em ETI. Os consultórios particulares totalizam 1.644 estabelecimentos, a maioria localizada em Campinas, Americana, Indaiatuba e Valinhos. É a região com maior carga horária médica disponível no mercado privado que atendem via convênio e particular (69,9%) (tabela 10).
- **Perfil dos médicos:** É a região com maior participação feminina, embora o percentual de médicos do sexo masculino represente a maioria (55,5%), com concentração nas faixas etárias entre 25 e 39 anos. Do total de 9.892 médicos, é a região com maior presença de médicos naturais do estado de SP (70,7%), que moram nos municípios da região (72,1%) e que se graduaram no estado de SP (61,2%) (tabela 11).
- Os **agentes contratantes** de médicos são mais diversificados, na comparação com as demais regiões, com destaque para as prefeituras, associações privadas (Santas Casas) e sociedades limitadas (empresárias ou simples) (Apêndice A, tabela 78). A oferta de serviços de saúde e de médicos é expressiva em todos os municípios da região, com destaque para Campinas, Americana, Valinhos, Indaiatuba e Itatiba.
- A **forma de contratação** dominante na RM de Campinas também é como autônomo (59,6%, sendo 10,5% PJ e 49,1% PF). Na contratação direta com as prefeituras, a principal forma de vinculação é a estatutária (72%). Ainda no setor público, 17,7% dos vínculos estão no Hospital da UNICAMP (dividem-se em 42,3% de residentes, 28,7% de estatutários, 18,9% de empregos públicos, 7,6% de celetistas e 2,5% de outros tipos). Destacam-se o Hospital Regional de Sumaré e a AME de Santa Bárbara d'Oeste, os quais são geridos pela FUN-CAMP, que contrata todos os médicos destes locais em regime celetista. Em estabelecimentos privados, 32,1% dos vínculos ocorrem em associações (Santas Casas), que contratam preferencialmente utilizando os vínculos de autônomos (71,4% PF e 13,2% PJ). No setor privado lucrativo, a maioria também contrata na forma autônoma (69,7% PF e 17% PJ) (Apêndice A, tabelas 76 e 84).

- Em 2015, o **mercado de trabalho formal** de médicos contava com 5.794 vínculos de emprego ativos, segundo a RAIS. O salário médio observado foi de R\$ 9.231,51 e estava acima da média observada nas 5 regiões. Os salários no setor público eram maiores (R\$10.281,27), em comparação aos do setor privado (R\$7.380,79). A duração média dos vínculos era de 8,4 meses (tabelas 7 e 38).
- Segundo os dados secundários do CNES e do CNEP, do total de médicos atuantes na região, 64,8% possuíam título em alguma **especialidade** médica, a maior proporção entre as regiões. As especialidades com maior número de médicos atuantes em junho de 2016 são Clínica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia Geral, sendo as quatro últimas as que possuíam o maior número de médicos com titulação correspondente (Apêndice A, tabela 97; tabela 11).

Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) com agentes contratantes

- O universo da ETAC com agentes contratantes de médicos corresponde à totalidade das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos 71 municípios que integram as cinco regiões, e a totalidade dos hospitais privados, com e sem fins lucrativos, existentes nestes municípios. A fase de coleta de dados teve início em 24 de janeiro de 2017 e foi finalizada em 13 de junho de 2017, a taxa de resposta foi de 77,5% para as SMS (com 55 respostas) e de 48,7% para hospitais (com 37 respostas) (tabelas 1 e 2).
- A maioria das SMS contrata médicos através de vínculos formais diretos com o município – estatutário e emprego público (77,2%). Também há uma proporção considerável dos que contratam bolsistas (31,3%) e dos que terceirizam através de Organizações Sociais (OS), Filantrópicas, entre outras (26,4%). Não há diferenças significativas nas formas de contratação de médicos na APS e AES (tabela 18). Já nos hospitais privados prevalecem a contratação de prestadores de serviços como pessoa jurídica (75,7%) e pessoa física (27%) (tabela 19).
- Entre as SMS que declararam realizar a contratação de médicos de forma indireta (cooperados, prestadores de serviço, terceirizados ou contratados por empresas lucrativas), há uma proporção considerável que o faz em função da dificuldade para realizar concurso público e também em função das facilidades inerentes aos vínculos frouxos/flexíveis – poder demitir, contratar, remanejar, com mais facilidade (tabela 20).
- Entre os hospitais que praticam a contratação indireta de médicos, o principal motivo citado é o menor custo viabilizado por esse tipo de contratação. A livre organização dos médi-

cos em cooperativas e empresas e a maior flexibilidade nos processos de admissão e demissão também foram apontados (tabela 21).

- No que diz respeito à permanência do médico no local de trabalho observa-se que não há uma diferença significativa, na comparação por região, no tempo médio de permanência dos mesmos. Em linhas gerais, a retenção do profissional é menor no Litoral Norte e maior no Vale do Jurumirim. No caso do Litoral Norte, a maior dificuldade de fixação de médicos pode estar associada a uma sobre oferta de postos de trabalho, já que a região destaca-se por seus diversos atrativos, como a elevada renda *per capita*, belezas naturais, facilidade de deslocamento, entre outras características que a fazem uma região aprazível. Por outro lado, o Vale do Jurumirim, embora não seja uma região atrativa, possui um perfil de profissionais bastante peculiar. É a região com a maior proporção de médicos naturais do estado de São Paulo e naturais de municípios da região, também com uma alta proporção de médicos mais velhos, que se graduaram e residem na localidade, ou seja, há uma pujança no que se refere à dimensão dos fatores pessoais como um elemento de fixação dos médicos, o que pode incidir em vínculos de trabalho mais longevos (tabela 31).
- Além disso, outra variável que pode contribuir para avaliar a permanência dos médicos em determinados locais de trabalho é a natureza jurídica do vínculo. As duas regiões nas quais a permanência é maior – Vale do Jurumirim e Vale do Ribeira – são as que têm a maior proporção de vínculos no setor público – o que pode apontar o vínculo estatutário, associado a outras variáveis, como um importante fator de fixação de médicos.
- Em relação à dificuldade de preenchimento de postos de trabalho vagos para médicos, observa-se que não houve nenhuma diferença significativa entre as regiões, ainda que o Litoral Norte se destaque com as menores proporções de postos vagos, o que pode estar associado, conforme supracitado, ao fato de ser uma região considerada atrativa. Por outro lado, observa-se que Itapeva é a região mais afetada por esse inconveniente, o que pode estar associado à alta proporção de médicos itinerantes e também de médicos não residentes nos municípios da região (tabela 33). Soma-se a isso o óbice de Itapeva ser a sede mais distante dos demais municípios (com um tempo médio de deslocamento de 71,6 minutos). Há na região alguns municípios que estão há mais de 120 minutos de distância da sede, o que lhes deixa bastante expostos à escassez de médicos.
- Em todos os níveis inquiridos – APS e AES públicos e hospitais privados – o principal motivo declarado para a dificuldade de preenchimento dos postos de trabalho vagos é a baixa remuneração. De maneira geral, em um cenário de maior adversidade para a contratação de médicos – municípios distantes, pouco atrativos para os médicos residirem e com pouca infraestrutura para o trabalho – o principal incentivo que seria capaz de “compensar” essas

adversidades, na opinião dos agentes contratantes, é a remuneração. Em consonância ao acima exposto – o fato de Itapeva ser a região com maior dificuldade de preenchimento de postos de trabalho – o segundo principal motivo citado como fator de dificuldade ao preenchimento das vagas para médicos – é a dificuldade de acesso ao local de trabalho/ distância (tabelas 34 e 35).

- Por outro lado, o Vale do Ribeira e o Vale do Jurumirim são as regiões onde o tempo para preenchimento de cargos vagos para médicos é maior. O Vale do Ribeira, embora ofereça bons salários, é uma região de infraestrutura precária, devido à sua localização em área de preservação ambiental. A região não possui indústrias, tem baixa arrecadação, acesso precário à internet e telefonia celular, entre outros inconvenientes que dificultam a atração de profissionais. O Vale do Jurumirim, por sua vez, enfrenta a adversidade dos baixos salários (tabela 36).
- Em relação às especialidades que os hospitais privados têm maior dificuldade de contratação, destaca-se a pediatria. Apesar do universo amostral ser muito reduzido e não nos permitir fazer generalizações, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia, Neurologia e Psiquiatria também foram citadas por um número considerável de entrevistados (tabela 37).
- No que se refere à remuneração praticada pelas SMS, a média da APS é um pouco maior do que a da AES (R\$11.362,00 contra R\$10.835,67). Contudo, deve-se ressaltar que os médicos da atenção primária dedicam, em média, mais horas semanais ao trabalho. O Vale do Jurumirim é a região que apresenta os menores valores médios, bem como fora observado na análise dos dados da RAIS (tabela 39).
- O sistema de remuneração mais comum utilizado pelos hospitais privados é o pagamento por plantão, referido por 68,4% dos respondentes. A remuneração média é de R\$1.019,35 para um plantão de uma média de 12,6 horas trabalhadas. É também muito comum o pagamento por volume de produção/por procedimento, utilizado por 57,9% dos hospitais. Entre aqueles que remuneram via salário fixo, o correspondente a 18,9%, a média salarial é de R\$ 9.724,00, para uma média de 39,4 horas semanais, valor um pouco menor do que o declarado pelos entrevistados das SMS, de R\$ 10.835,67 para médicos especialistas (tabela 40).
- No que diz respeito aos benefícios monetários, o décimo terceiro salário e as férias remuneradas são os dois principais incentivos oferecidos para os médicos da APS e AES, o que pode estar relacionado ao fato da maioria dos profissionais ter vínculo empregatício com os municípios, já que se referem a benefícios que, via de regra, dizem respeito aos vínculos formais. O adicional por insalubridade também é ofertado por grande parte dos municípios, seguido do adicional por tempo de serviço (tabela 41).

- No que se refere aos benefícios extra monetários, o mais citado, seja entre secretários municipais de saúde, seja entre os diretores de hospitais, foi a liberação para congressos. A oferta de cursos de capacitação, as folgas semanais e o auxílio alimentação foram mencionados por uma proporção considerável de entrevistados, ainda que em níveis consideravelmente maiores entre os municípios, do que entre os hospitais (tabela 42).

Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) com médicos

- O universo da pesquisa corresponde à totalidade dos médicos atuantes nas regiões, identificados através do CNES de junho de 2016. A amostra foi calculada, por região, com 90% de nível de confiança e 6% de margem de erro, totalizando 694 casos. A fase de coleta de dados teve início em 05 de junho de 2017 e foi finalizada em 22 de setembro de 2017, a taxa de resposta foi de 83,9% (582 respostas). As regiões com o menor percentual de respostas foram Vale do Ribeira e Vale do Jurumirim. Em Itapeva as respostas ultrapassaram a amostra inicial (tabelas 3 e 4).
- Entre os profissionais médicos entrevistados há uma proporção um pouco maior de homens (54,1%), à exceção do Vale do Jurumirim e de Campinas, onde o número de entrevistados do sexo feminino é maior, 58,3% e 65%, respectivamente. Em todas as regiões predominaram entrevistados casados ou em união estável, com percentuais variando de 60% em Itapeva a 72% no Litoral Norte. A maioria também informou ter filhos, com maiores proporções no Vale do Ribeira, Itapeva e Campinas. No que se refere à formação dos médicos, a maioria graduou-se na região Sudeste, sendo que 46,2% se formaram no próprio estado de São Paulo (tabelas 12 a 17).
- Os dados referentes aos arranjos profissionais de inserção no mercado de trabalho apontam o setor público como um importante empregador dos profissionais médicos, já que mais de 90% dos entrevistados declarou atuar nessa área, seja em UBS, em ambulatórios, clínicas especializadas ou hospitais. No que se refere à atuação no setor público, não houve diferenças significativas entre as regiões pesquisadas, sendo que a maior proporção foi encontrada no Vale do Ribeira (92,4%) e a menor na Metropolitana de Campinas (86,9%). Em relação ao setor privado, porém, observou-se uma discrepância maior entre as regiões, já que no Vale do Jurumirim apenas 38,1% dos entrevistados atuam no setor, enquanto em Campinas são 70% (tabela 22).
- Entre os respondentes que trabalham no setor público, a maioria (73,5%) atua em Unidades Básicas de Saúde, sendo essa proporção maior no Vale do Jurumirim (91,2%) e Itapeva

(89,6%) e menor no Litoral Norte (58,3%). Por outro lado, apenas um terço declarou atuar em ambulatorios de especialidades, porém, esse valor é influenciado pelo Vale do Jurumirim (7,5%), Campinas (23,7%) e Vale do Ribeira (25,2%). Na região de Itapeva e do Litoral Norte, metade dos entrevistados que atua no setor público declarou trabalhar em ambulatorios de especialidades. Algo semelhante ocorre com a atuação em hospitais públicos, também referida por cerca de um terço dos entrevistados, mas com grandes diferenças regionais. No Vale do Jurumirim apenas 15% declararam trabalhar em hospitais públicos, enquanto no Vale do Ribeira mais da metade (52,7%) atua neste tipo de estabelecimento (tabela 23).

- A maioria dos médicos das UBS trabalha com vínculos estáveis, estatutários ou celetistas, sendo que as maiores proporções são do Vale do Ribeira, Metropolitana de Campinas e Litoral Norte. Outros 16,2% são profissionais terceirizados, contratados via Organização Social (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Organização Não Governamental (ONG) ou instituições filantrópicas, que é o tipo de vinculação mais comum em Itapeva. Os bolsistas do Programa de Valorização do Trabalhador da Atenção Básica (PROVAB) e do Programa Mais Médicos (PMM) e os residentes perfazem um percentual de 13,2%, variando de 24,6% no Vale do Jurumirim e 3,1% no Litoral Norte. Há ainda 4,9% de prestadores de serviços via Pessoa Jurídica e 6,2% de outros tipos (tabela 24).
- A maioria dos médicos que atua em ambulatorios de especialidades, assim como ocorre entre os profissionais das UBS, tem vínculos estáveis (67,5%), sendo que no Vale do Jurumirim, todos os médicos reportaram esse tipo de vinculação. Outros 19,5% são terceirizados, os quais estão mais presentes em Itapeva, Litoral Norte e Vale do Ribeira, e 10,9% são contratados via Pessoa Jurídica, o que é mais comum no Litoral Norte e Vale do Ribeira (tabela 25).
- Em comparação aos demais vínculos públicos, o vínculo estável é menor entre os profissionais que atuam em hospitais, onde foi observado um aumento considerável de médicos terceirizados e autônomos. Observou-se que nos hospitais a proporção de vínculos protegidos é menor, o que pode estar associado ao fato desses estabelecimentos, que atuam no nível da atenção terciária, remunerarem, mormente, por produção e/ou por plantão. Note-se, porém, que no Vale do Ribeira, em Itapeva e na Metropolitana de Campinas, a maioria dos profissionais estão vinculados como estatutários ou celetistas a estes estabelecimentos. No Vale do Jurumirim a preferência é pela terceirização e no Litoral Norte pela vinculação como Pessoa Jurídica (tabela 26).
- Entre os entrevistados que atuam no setor privado, mais da metade (56%) trabalha em hospitais particulares, sendo essa proporção maior no Vale do Jurumirim (65,6%) e menor

em Itapeva (48,8%). Ainda entre aqueles que declararam atuar na rede privada de saúde, um terço trabalha em policlínicas/clínicas especializadas. Em Campinas a proporção é um pouco maior, o que certamente está associado ao fato de ser uma região com características sociodemográficas típicas de uma dinâmica metropolitana. Itapeva, por sua vez, que além de estar mais distante de São Paulo, é composta por municípios bastante pequenos e de difícil acesso, possui um mercado menor de clínicas especializadas (tabela 27).

- Tanto nos hospitais quanto nas policlínicas/clínicas privadas prevalecem os vínculos frouxos. No caso dos hospitais, apenas 18,4% dos vínculos são celetistas, com destaque para os médicos respondentes da região Itapeva, com 48,7% de vinculação desse tipo. A maior proporção de profissionais com vínculo de autônomo foi encontrada na região de Campinas (40,3%), do tipo pessoa jurídica no Vale do Jurumirim (57,1%) e do tipo terceirizado no Vale do Ribeira (25,8%). No caso das clínicas, apenas 8% dos médicos possuem vínculo celetista. Apenas no Vale do Jurumirim há médicos vinculados via terceirização. Destaca-se a grande quantidade de profissionais que são sócios proprietários das clínicas, sobretudo em Itapeva (40%) e Campinas (35,1%) (tabela 28).
- Entre os médicos entrevistados que atuam em clínicas privadas, a maioria (54,6%) declarou que a clínica atende mais de uma especialidade, sendo as mais citadas Ginecologia, Clínica Médica, Cardiologia e Pediatria, respectivamente. Em 44% dessas clínicas, cada médico é uma pessoa jurídica e em um terço delas, todos os médicos são uma pessoa jurídica (tabela 29).
- Ainda entre aqueles que atuam no setor privado, 35,5% declarou trabalhar em consultórios particulares. Entre estes, a maioria (60,8%) é sócio/proprietário e 29,4% trabalha como autônomo (PF ou PJ). A maioria dos consultórios atende apenas uma especialidade (71,0%). Entre os que atendem mais de uma especialidade, as mais citadas foram Dermatologia, Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria, respectivamente.
- Os médicos entrevistados também foram perguntados sobre o tipo de vínculo que consideram ser mais atrativo. Os vínculos protegidos foram os mais citados como sendo ideais, entretanto, a preferência foi mais inclinada para o tipo celetista do que o tipo estatutário, com exceção dos médicos da região de Campinas, em que a preferência pelo funcionalismo público representa 64,8% dos casos, enquanto a carteira assinada, 6,2% (tabela 30).
- Em relação à fixação e movimentação de médicos em áreas intermunicipais, grande parte dos entrevistados declarou que trabalha no município há mais de 10 anos, sendo 11 anos o tempo médio de permanência dos mesmos naquele local de atuação. Quando analisado por região de saúde, não foi encontrada nenhuma diferença significativa, ainda que a regi-

ão de Campinas tenha apresentado um valor um pouco mais alto, de 13,3 anos em média (tabelas 50 e 51).

- Ainda que o tempo médio de atuação no município aponte para um cenário de razoável fixação de médicos, a maioria dos entrevistados não é natural da cidade na qual trabalham, indicando, nesse sentido, um fluxo considerável de profissionais. Entre aqueles que são naturais de outro município paulista, a maioria é de São Paulo (capital). Já entre os que veem de outros estados, predominam os naturais do Rio de Janeiro e de Minas Gerais, conforme também foi observado durante o trabalho de campo realizado nos municípios. Entre os estrangeiros, a maioria é de nacionalidade cubana, o que era de se esperar como efeito do Programa Mais Médicos (tabela 52).
- No que diz respeito ao local de moradia, a maioria dos entrevistados (65,9%) reside no mesmo município onde atua. No entanto, aproximadamente um terço (31%) mora em outro município do estado, sugerindo um significativo movimento pendular nessas regiões, que supostamente contribui para amenizar as situações de escassez. A região de Campinas é a que apresenta a menor proporção de médicos que reside no próprio município, certamente em função das características metropolitanas da região, que facilita o deslocamento entre as cidades do entorno (tabela 53).

Identificação de áreas com maior necessidade de médicos

Este componente teve por objetivo identificar iniquidades distributivas na oferta de profissionais médicos nas regiões do estudo. Para tanto, foram identificadas áreas com maiores necessidade desses profissionais, através da construção e análise de diversos indicadores. Foram analisadas a distribuição da oferta e o deslocamento da força de trabalho no espaço e os fatores que agravam os estados de escassez de médicos (carências socioeconômicas, necessidades de saúde e barreiras de acesso). A análise foi realizada considerando médicos da Atenção Primária em Saúde (APS) e especialistas, lançando mão de diferentes unidades geográficas, conforme cada caso.

Vale do Ribeira

- Os municípios da região apresentaram uma média de 1.108 habitantes por médico e 1.517 habitantes por médico da APS, valores considerados intermediários na comparação com as demais regiões, porém com expressiva desigualdade interna (tabelas 43 e 44; mapas 1 e 2). Parte dessa desigualdade é explicada pela concentração de profissionais no município de

Pariquera-Açu, que tinha a melhor razão de habitantes por médico dentre os 71 municípios de todas as regiões. É a região com a maior dependência em relação à mão de obra não nativa já que, em média, 78,2% do total do trabalho médico realizado nos municípios eram tomados por profissionais não residentes. A proporção de médicos itinerantes (que trabalha em mais de um município) era de 41,6%, em média (tabelas 45 e 46; mapas 3 e 4).

- A região possui expressivas carências socioeconômicas (média municipal de 27,5% de habitantes beneficiários do Programa Bolsa Família) e altas necessidade de saúde (Taxa de Mortalidade Infantil média de 17,5). A distância média dos municípios até a sede da região é de 51,1 minutos. Na combinação desses indicadores com a oferta de médicos em APS, o município de Iguape foi identificado com escassez moderada, sendo elegível como prioridade em processos futuros de intervenção (tabelas 47 a 49; mapas 5 a 9).
- Considerando o parâmetro de até 3 mil habitantes por médico da APS, o território da região é considerado homogêneo, com exceção do município de Itariri, já que uma de suas duas áreas se apresenta com escassez, com oferta de um médico para mais de 5 mil até 10 mil habitantes. Parte desse quadro homogêneo se explica pelo fato de os municípios serem pequenos em termos populacionais e, por isso, existir poucas áreas de ponderação intramunicipais – quase todos os municípios têm 100% de seu território representado por uma única área. Nesse sentido, é possível que situações de escassez não sejam captadas por esta metodologia (mapa 10).
- Em relação aos médicos especialistas, os municípios de Pariquera-Açu e Registro concentram a oferta mais diversificada e os maiores quantitativos da região, além de maiores proporções de médicos residentes no município e menores carências socioeconômicas e de necessidades de saúde. Os municípios com maiores condições agravantes para escassez de médicos e com menor oferta de especialistas são Barra do Turvo e Iporanga (quadro 7).

Itapeva

- Os municípios da região apresentaram uma média de 1.694 habitantes por médico e 2.153 habitantes por médico da APS, considerados os valores mais altos na comparação com as demais regiões. Há também uma expressiva desigualdade interna, sendo que o município com a maior razão é Bom Sucesso do Itararé (tabelas 43 e 44; mapas 1 e 2). Além disso, é uma das regiões com maior dependência em relação à mão de obra não nativa já que, em média, 70,7% do total do trabalho médico realizado nos municípios eram tomados por profissionais não residentes, sendo que 5 municípios eram totalmente dependentes (100%). A

proporção de médicos itinerantes (que trabalha em mais de um município) era de 47,0%, em média (tabelas 45 e 46; mapas 3 e 4).

- A região possui as maiores carências socioeconômicas (média municipal de 31,6% de habitantes beneficiários do Programa Bolsa Família) e altas necessidade de saúde (Taxa de Mortalidade Infantil média de 20,7). A distância média dos municípios até a sede da região é de 73,1 minutos, também identificada como a maior entre as regiões. Na combinação desses indicadores com a oferta de médicos em APS, os municípios de Bom Sucesso do Itararé, Ribeira e Itaoca foram identificados com escassez moderada, sendo elegíveis como prioridade em processos futuros de intervenção (tabelas 47 a 49; mapas 5 a 9).
- Considerando o parâmetro de até 3 mil habitantes por médico da APS, o território da região é considerado homogêneo, com exceções. O município de Itapeva é o que apresenta, a priori, o quadro mais heterogêneo, existindo dentro de seus limites áreas com diferentes ofertas de médicos, sendo que o quadro mais grave ocorre em todo o entorno do território, na fronteira com outros municípios, possivelmente devido a concentração populacional na região Centro-Sul. Também apresentou situações discrepantes o município de Itararé. O município de Bom Sucesso do Itararé aparece em sua totalidade com escassez, assim como foi identificado no índice de escassez (mapa 11).
- Em relação aos médicos especialistas, os municípios de Itapeva e Itararé concentram a oferta mais diversificada e os maiores quantitativos da região, além de maiores proporções de médicos residentes no município e menores carências socioeconômicas e de necessidades de saúde. Os municípios com maiores condições agravantes para escassez de médicos e com menor oferta de especialistas são Apiaí, Barra do Chapéu, Itaóca, Itapirapuã Paulista e Ribeira (quadro 7).

Vale do Jurumirim

- Os municípios da região apresentaram uma média de 1.262 habitantes por médico e 1.868 habitantes por médico da APS, valores considerados intermediários na comparação com as demais regiões. Internamente, a oferta é mais homogênea entre os municípios, ainda que a sede Avaré apresente relativa concentração de profissionais (tabelas 43 e 44; mapas 1 e 2). É uma das regiões com maior dependência em relação à mão de obra não nativa já que, em média, 71,2% do total do trabalho médico realizado nos municípios eram tomados por profissionais não residentes, sendo que 7 municípios eram totalmente dependentes (100%). A

proporção de médicos itinerantes (que trabalha em mais de um município) era de 53,5%, em média (tabelas 45 e 46; mapas 3 e 4).

- A região possui expressivas carências socioeconômicas (média municipal de 17,7% de habitantes beneficiários do Programa Bolsa Família) e altas necessidade de saúde (Taxa de Mortalidade Infantil média de 16,2), embora em níveis inferiores aos encontrados nas regiões de Itapeva e Vale do Ribeira. Em média, a distância dos municípios até a sede da região é de 58,2 minutos. Na combinação desses indicadores com a oferta de médicos em APS, o município de Arandu foi identificado com escassez baixa, sendo elegível como prioridade em processos futuros de intervenção (tabelas 47 a 49; mapas 5 a 9).
- Considerando o parâmetro de até 3 mil habitantes por médico da APS, o território da região é considerado homogêneo, com exceção do município de Avaré, que apresenta uma área no entorno da área central, na fronteira com outros municípios, que destoa das demais. Nesta área, a proporção de médicos por habitante é menor do que a encontrada na área central (mapa 12).
- Em relação aos médicos especialistas, os municípios de Avaré e Cerqueira-César concentram a oferta mais diversificada e os maiores quantitativos da região, além de maiores proporções de médicos residentes no município e menores carências socioeconômicas e de necessidades de saúde. O município que tem as maiores condições agravantes para escassez de médicos e com menor oferta de especialistas é Barão de Antonina. De maneira geral, porém, os municípios apresentam um estado intermediário do ponto de vista da disponibilidade de especialistas, ainda que aqueles localizados mais próximos à sede da região estejam em condição mais favorável (quadro 7).

Litoral Norte

- Os municípios da região apresentaram uma média de 701 habitantes por médico e 1.501 habitantes por médico da APS, os melhores valores na comparação com as demais regiões. Internamente, a oferta é homogênea entre os municípios, ainda que a sede Caraguatatuba apresente relativa concentração de profissionais (tabelas 43 e 44; mapas 1 e 2). Com apenas quatro municípios, o Litoral Norte apresentou a menor dependência em relação à mão de obra não residente, com média de 43,5%. A proporção de médicos itinerantes (que trabalha em mais de um município) também era a menor, de 32,2%, em média. Assim, além de a maioria do trabalho nos municípios da região ser realizado por médicos residentes, a movimentação desses profissionais é baixa (tabelas 45 e 46; mapas 3 e 4).

- A região possui baixas carências socioeconômicas (média municipal de 11,7% de habitantes beneficiários do Programa Bolsa Família) e de necessidade de saúde (Taxa de Mortalidade Infantil média de 10,5), embora em níveis superiores aos encontrados na Região Metropolitana de Campinas. Em média, a distância dos municípios até a sede da região é de 55,5 minutos. Na combinação desses indicadores com a oferta de médicos em APS, nenhum município foi identificado com escassez (tabelas 47 a 49; mapas 5 a 9).
- Considerando o parâmetro de até 3 mil habitantes por médico da APS, é possível observar que a maior parte das áreas intramunicipais apresenta a quantidade desejada de profissionais. Já outras duas áreas apresentam um resultado de escassez, sendo uma em Caragatatuba (com um médico para mais de 5.000 até 10.000 habitantes) e outra em São Sebastião (mais de 4.000 até 5.000). Embora os dois municípios, como um todo, tenham uma oferta suficiente de médicos, tais áreas, a depender de certos fatores, tais como distância até os serviços de saúde, pode representar uma efetiva escassez de médicos (mapa 13).
- Em relação aos médicos especialistas, os municípios de Caragatatuba e São Sebastião concentram a oferta mais diversificada e os maiores quantitativos da região, além de maiores proporções de médicos residentes no município e menores carências socioeconômicas e de necessidades de saúde. Os municípios de Ilha Bela e Ubatuba ofertam um quadro abrangente de serviços especializados, mas voltados para atender demandas locais e não regionais (quadro 7).

Região Metropolitana de Campinas

- Os municípios da região apresentaram uma média de 739 habitantes por médico e 1.758 habitantes por médico da APS. Apesar de uma das melhores ofertas de médicos, na comparação com as demais regiões, a situação em relação aos médicos da APS é considerada intermediária, o que pode ser explicado pela relevância da atenção especializada na região. Internamente, a oferta é homogênea entre os municípios, ainda que haja diferenças, sobretudo em relação à oferta de médicos da APS (tabelas 43 e 44; mapas 1 e 2). É uma das regiões com maior dependência em relação à mão de obra não nativa já que, em média, 72,6% do total do trabalho médico realizado nos municípios eram tomados por profissionais não residentes. A proporção de médicos itinerantes (que trabalha em mais de um município) era de 53,5%, em média. A combinação desses indicadores não sinaliza necessariamente para dificuldades na oferta de profissionais no âmbito regional, e sim uma importante movimentação no interior do território regional (tabelas 45 e 46; mapas 3 e 4).

- A região possui as menores carências socioeconômicas (média municipal de 7,6% de habitantes beneficiários do Programa Bolsa Família) e de necessidade de saúde (Taxa de Mortalidade Infantil média de 9,1). Em média, a distância dos municípios até a sede da região é de 30 minutos, sendo a região com as menores barreiras de acesso. Na combinação desses indicadores com a oferta de médicos em APS, o município de Santa Bárbara d'Oeste foi identificado com traços de escassez. Há que se considerar, contudo, que essa situação pode ser pontual, sensível apenas ao período em que o dado foi coletado (tabelas 47 a 49; mapas 5 a 9).
- Considerando o parâmetro de até 3 mil habitantes por médico da APS, diversas áreas intramunicipais apresentaram situações de escassez, como nos municípios de Santa Bárbara D'Oeste, Valinhos, Cosmópolis, Americana e Campinas. Estes municípios estão com a maior parte de suas áreas em faixas que fogem da quantidade indicada de médicos, sendo Santa Bárbara D'Oeste e Valinhos os que mostraram os menores números de médicos por habitante. A proximidade com uma grande cidade como Campinas, que absorve as pessoas provenientes de outros municípios da região, poderia ser um atenuante, mas a própria cidade de Campinas apresenta desigualdade distributiva em seu interior (mapa 14).
- Em relação aos médicos especialistas, os municípios de Campinas, Americana, Indaiatuba e Itatiba concentram a oferta mais diversificada e os maiores quantitativos da região, além de maiores proporções de médicos residentes no município e menores carências socioeconômicas e de necessidades de saúde. A maior parte dos municípios está em uma posição também confortável do ponto de vista da oferta de especialistas, constituindo-se enquanto um grupo que atende demandas de outras localidades, ainda que não sejam referências de nível regional. Apenas os municípios de Pedreira e Santo Antônio de Posse descrevem uma situação de atendimento a demandas locais. Nenhum município apresenta um quadro grave de escassez de especialistas, na comparação com as demais regiões (quadro 7).

Fatores de atração e fixação de médicos

Este componente teve por objetivo identificar as expectativas profissionais e aspectos motivacionais relacionados ao trabalho nos serviços atuais e a serem implantados e identificar expectativas dos gestores frente aos profissionais, opções pelas modalidades de contratação vigentes e estratégias de atração e fixação adotadas. Para tanto, foi realizada uma pesquisa em profundidade, caracterizada pela visita *in loco* de municípios selecionados, com aplicação de entrevistas com médicos da atenção primária e especializada, gestores municipais, gerentes de serviços de saúde, entre outros.

Vale do Ribeira

- O campo foi realizado no período de 12 a 16 de dezembro de 2016 e contemplou os municípios de Registro, Pariquera-Açu, Sete Barras e Itariri. Foram visitados 19 estabelecimentos de saúde, entre secretarias municipais e regional, Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios de especialidades médicas, Complexo Ambulatorial Regional (CAR), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), hospitais (públicos, privados sem fins lucrativos e privados com fins lucrativos) e clínicas privadas. Foi realizado um total de 24 entrevistas, sendo 12 profissionais médicos e 12 em cargos de gestão.
- A região é uma das regiões mais ricas em recurso naturais, fauna e flora do Estado de São Paulo, representando uma das maiores áreas contínuas de Mata Atlântica preservada do país. Como consequência a região não possui indústrias, possuindo a mais baixa arrecadação do estado de São Paulo. Com uma população extremamente dependente do SUS, é uma região que não favorece o mercado privado, sendo este um dos principais motivos apresentados pelos entrevistados para a difícil atração de profissionais médicos.
- De uma maneira em geral, os principais fatores de atração e fixação identificados incluem o estilo de vida mais tranquilo, interiorano, e a localização entre duas capitais: São Paulo e Curitiba, onde o acesso à rede comercial, de lazer e de educação é maior. O salário já foi um atrativo importante para a região, que eram superiores ao da capital e outras regiões do estado, porém devido à falta de ajuste nos últimos anos, a região não consegue mais concorrer com outras regiões para atrair o profissional médico, sendo o salário, portanto pouco atrativo.

Itapeva

- O campo foi realizado de 12 a 16 de dezembro de 2016 e contemplou os municípios de Itapeva, Ribeirão Branco, Bom Sucesso de Itararé e Itaberá. Foram visitados 12 estabelecimentos de saúde, entre UBS, ambulatórios de especialidades médicas, UPA, hospitais (públicos e filantrópicos) e consultórios médicos, além das secretarias municipais de saúde. Foi realizado um total de 23 entrevistas, sendo 12 profissionais médicos e 11 em cargos de gestão.
- A região possui uma localização privilegiada, sendo cortada pela BR 381/Rodovia Fernão Dias, o que favorece o acesso à adesão industrial e a faz um importante entreposto comercial para escoamento da produção agrícola do estado de São Paulo. Destaca-se por oferecer

qualidade de vida do interior e ainda assim ofertar opções de lazer, comércio diversificado e instituições de ensino.

- De uma maneira em geral, a partir das entrevistas e das observações dos pesquisadores em campo, foi possível identificar entre os principais fatores de atração e fixação de médicos o estilo de vida mais tranquilo, aliado à oferta razoável de comércio e serviços, e a localização, estando a menos de 300 km das capitais São Paulo e Curitiba e a menos de 200 km de Sorocaba.

Vale do Jurumirim

- O campo foi realizado no período de 12 a 16 de dezembro de 2016 e contemplou os municípios de Avaré, Piraju, Tejuapá e Águas de Santa Bárbara. Foram visitados 8 estabelecimentos de saúde, entre UBS, centros e clínicas de especialidades médicas, pronto socorros, hospitais (públicos e filantrópicos) e consultórios médicos individuais, além de órgãos da administração pública municipal (prefeituras e secretarias municipais de saúde). Foram realizadas 18 entrevistas, sendo 9 médicos e 9 em cargos de gestão.
- A região se caracteriza por ser uma área de alto poder aquisitivo. A presença de uma reserva que se estende por diversos municípios da região possibilita a prática de esportes náuticos, tornando a região turística. A sede Avaré apresenta características de municípios de grande porte, possuindo variedade de centros comerciais, de lazer e cultura, além de ser localizado próximo à capital. Apesar dessa característica, o modo de vida é considerado pelos entrevistados como mais tranquilo e a segurança é um dos pontos fortes de atração da região.
- De uma maneira em geral os fatores de atração e fixação incluem tranquilidade, boas condições de vida, associada à proximidade de grandes centros. Foi muito presente a questão o vínculo com o local, seja pela formação nas proximidades ou familiar. A partir dos relatos das entrevistas constatou-se que, apesar de existirem médicos de outras regiões do país e do estado, a maioria é natural de municípios dessa região de saúde. Quase todos os entrevistados declararam que o salário pago pelos municípios da região é muito baixo, não sendo um fator que justifique a atração e/ou a permanência no município.

Litoral Norte

- O campo ocorreu entre os dias 05 e 09 de dezembro de 2017. A região é composta de quatro municípios Caraguatatuba, Ubatuba, Ilha Bela e São Sebastião, todos contemplados pela pesquisa. Foram visitados 21 estabelecimentos de saúde, entre secretarias municipais, UBS, centros de especialidades médicas, centro médico de infectologia, hospitais (públicos, privados sem fins lucrativos e privados com fins lucrativos) e clínicas privadas. Foi realizado um total de 23 entrevistas, sendo 12 profissionais médicos e 11 em cargos de gestão.
- A região é caracterizada por ser uma área turística, com inúmeras belezas naturais, além de possuir municípios exploradores de petróleo, o que faz da região grande arrecadadora de recursos. O custo de vida é considerado alto, principalmente por ser uma região turística.
- De uma maneira em geral, os principais fatores de atração e fixação na região incluem o fato de serem cidades litorâneas, mas que ao mesmo tempo, oferecem tranquilidade e uma boa qualidade de vida. Soma-se a isto o fato ser próximo à capital São Paulo e ter um fácil descolamento entre os municípios, permitindo que os médicos circulem entre os municípios da região. Apesar de o salário ser um importante fator de atração identificado, este isoladamente não é suficiente para os médicos se fixarem na região. Outro fator comum observado foi o vínculo emocional com o local, visto que muitos médicos já frequentavam a região durante suas férias ou possuíam familiares residindo ali. Apesar de terem médicos de outras regiões do país, a maioria dos entrevistados é natural do estado de São Paulo.

Região Metropolitana de Campinas

- O campo foi realizado no período de 20 a 23 de fevereiro de 2017 e contemplou os municípios de Campinas, Indaiatuba, Santa Bárbara d'Oeste e Engenheiro Coelho. Nessa região foram visitados 22 estabelecimentos de saúde, entre secretarias municipais, UBS, centros de especialidades médicas, hospitais (públicos, privados sem fins lucrativos e privados com fins lucrativos) e clínicas privadas. Foi realizado um total de 30 entrevistas, sendo 18 profissionais médicos e 12 em cargos de gestão.
- A região é caracterizada pelo grande desenvolvimento socioeconômico e ampla oferta de unidades formadoras de profissionais de saúde, com programas de graduação e pós-graduação, incluindo residências médicas em diversas áreas. Além disso, oferece variada rede comercial, de lazer e cultura, e possui alta arrecadação devido aos polos industriais dos municípios de Campinas e Indaiatuba.

- De uma maneira em geral, a partir das entrevistas e das observações dos pesquisadores em campo, foi possível identificar os seguintes principais fatores de atração e fixação: a qualidade de vida de uma metrópole; acesso a lazer e escolas para os filhos; o município sede da região (Campinas) oferece boa infraestrutura de equipamentos e serviços de saúde. A possibilidade de múltiplos vínculos nos municípios vizinhos também foi algo observado na maioria dos médicos como um fator positivo. Entre os fatores que dificultam a atração e fixação destaca-se: mercado saturado no município sede e a concorrência pelos postos de trabalho, o que faz médicos irem para os municípios vizinhos.

Resultados gerais da pesquisa em profundidade

- Embora a pesquisa em profundidade aponte para a inexistência de uma fórmula única para promover atração e fixação de médicos, o que se pode observar é que a remuneração é item primordial, sendo o único atributo mencionado por todos os entrevistados. Contudo, é também comum na fala dos profissionais, a importância de se combinar incentivos monetários e extra monetários, como a flexibilização da carga horária, a implantação de planos de carreira e o pagamento em dia.
- Há ainda outros fatores, também relacionados à remuneração, que reforçam a tese de que políticas para atrair e fixar médicos devem ser multifacetadas e combinar diferentes incentivos, de acordo com as especificidades de cada local. Alguns profissionais consideram vantajoso trabalhar em cidades pequenas (que não as cidades-sede de cada região), por estas oferecerem salários melhores, visto como uma contrapartida do município para conseguir atrair os médicos. Já outros julgam ser mais vantajoso estar nas cidades de médio e grande porte, por estas proporcionarem a possibilidade de ter diversos vínculos.
- Em relação ao vínculo de trabalho, é quase uníssona nas entrevistas a valorização dos vínculos estáveis, sobretudo estatutários. No entanto, ponderam o fato dos concursados serem mal remunerados, o que acaba por desacreditar essa forma de vinculação do profissional e fortalecer a lógica da “pejotização” (contratos de autônomo do tipo Pessoa Jurídica), que garante salários um pouco melhores, associados a uma carga horária mais flexível, que permite a concomitância de diferentes vínculos.
- A infraestrutura da cidade, como acesso a lazer, escolas para os filhos é um fator que os profissionais mencionam como relevante no momento da escolha de seus postos de trabalho. Principalmente os médicos entrevistados nas cidades-sede das regiões pesquisadas, citou o benefício de viver em uma cidade que possui boa oferta de comércio e serviços, atre-

lada a um estilo de vida interiorano, com menos trânsito e, sobretudo, menos violência, o que denominam qualidade de vida.

- Já a má infraestrutura do local de trabalho foi algo questionado pelos entrevistados principalmente nas áreas mais vulneráveis e mais distantes da cidade sede. Quanto a dificuldade de acesso a recursos, como exames e medicamentos, é algo que os profissionais mencionam como um empecilho para a resolutividade dos casos.
- Entretanto, também são fortes os fatores de ordem pessoal, muitas vezes de origem subjetiva, que fazem com que não haja uma motivação linear que embase a decisão do profissional em permanecer em determinado local de trabalho. O estado civil, ter ou não filhos, ser recém-formado ou ser médico especialista e ter amigos ou familiares residindo na região são exemplos de questões de ordem pessoal e logo, imponderáveis, que influenciam na decisão do profissional.

Informações complementares coletadas por ETAC

- No que se refere às estratégias que são utilizadas pelos municípios e pelos hospitais privados com o intuito de atrair e fixar os profissionais médicos, destacam-se a oferta de exames e medicamentos, e de infraestrutura adequada. Flexibilidade na jornada de trabalho, oferta de cursos de capacitação/educação permanente e vínculo de trabalho também são estratégias recorrentes, e que são citadas como benefícios extra monetários ofertados pelos estabelecimentos (tabelas 57 e 58).
- Entre os fatores que os médicos consideram importantes para que permaneçam em um trabalho, os itens mais reportados como muito importantes em quase todas as regiões foram aqueles relacionados às condições para realização adequada do trabalho: estrutura física do local de trabalho, disponibilidade de equipamentos e de medicamentos e acesso a exames e serviços complementares (diagnóstico e terapêutico) (tabela 64).
- Entre os fatores individuais citados pelos médicos, o mais referido foi o acesso à educação básica de qualidade para os filhos no município. Morar no mesmo município de trabalho ou em município próximo apareceu com relevância no Vale do Jurumirim, o que corrobora os demais dados levantados – o fato de ser a região com a maior proporção de médicos naturais do próprio estado, que se graduaram e residem na localidade (tabela 64).

Estudo de preferência declarada

Buscando a proposição de estratégias de intervenção para atração e fixação de médicos nas regiões foi realizado um estudo ou experimento de preferência declarada, ou como tem sido chamado na literatura internacional, *Discrete Choice Experiment* – DCE. É uma técnica quantitativa para eleger preferências declaradas, permitindo descobrir como indivíduos dão valor a determinados atributos de um produto, bem ou serviço, quando perguntados no sentido de escolher entre diferentes alternativas hipotéticas sobre as características deste item. Nesta proposta, o experimento submeteu aos participantes diversos cenários ocupacionais, isto é, alternativas de emprego hipoteticamente oferecidas para trabalhar na Atenção Primária em Saúde (APS) e na Atenção Especializada em Saúde (AES). Dessa forma, objetivou-se identificar incentivos atrelados ao emprego que poderiam atrair e fixar médicos em Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios Médicos de Especialidades e Hospitais em áreas de maior necessidade.

- O experimento foi realizado na semana de 2 a 6 de outubro de 2017, por meio do envio de e-mails para um cadastro de mais de 20 mil profissionais, composto por médicos de todo o Brasil, incluindo alguns que participaram da ETAC. Ao todo 510 profissionais responderam ao experimento, sendo que 315 (61,8%) optaram pela APS e 195 (38,2%) pela AES.
- **Perfil da amostra:** a maioria são homens (52,7%), principalmente na faixa etária entre 30 e 39 anos (42,9%). A grande maioria é de nacionalidade brasileira, sendo que os estrangeiros somam 22,9%, o que se explica pela presença significativa de profissionais do Programa Mais Médicos (PMM). A maioria também é casada ou está em união estável (69,4%). Do total de respondentes brasileiros, 19,3% nasceram no estado de São Paulo e 15% se graduaram no mesmo local. A grande maioria (87,5%) indicou preferência por vínculo estável com a administração pública. Sobre preferência por benefício adicional, o mais referido foi o apoio para participar de especialização à distância (por 38,6%), seguido de apoio para participar de congressos (27,3%) e ajuda de custo para deslocamento (24,1%) (tabelas 65 e 66).
- Os resultados do experimento demonstram que os atributos que mais impactaram a escolha dos respondentes foram **acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos** (em especial o nível ótimo de acesso) e **infraestrutura do local de trabalho** (em especial a infraestrutura plena). Tal padrão se observa tanto entre os

que escolheram a APS, quanto entre os que optaram pela AES, embora tenha sido mais significativo no segundo caso. Estes atributos relacionados às condições para realização do trabalho apareceram com maior relevância, inclusive em detrimento da remuneração (tabelas 67 a 70). Tal resultado é esperado, na medida em que a atenção especializada tende a se localizar mais próxima às sedes da região e são mais dependentes de recursos e infraestrutura.

- Observou-se que a probabilidade de escolha de um município sede de região é 21% maior do que a escolha de uma área rural, ou com dificuldade de acesso, ou periférica e insegura. Nesse sentido, o **adicional de 30% no salário**, oferecido para estas áreas no desenho do experimento, não foi um atrativo suficiente para influenciar a escolha dos médicos. Por outro lado, a comparação entre um município pequeno distante (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia) e um município de pequeno ou médio porte próximo da sede da região guardam entre si a igualdade estatística de probabilidade. Neste caso, o **adicional de 10% no salário** oferecido para os municípios distantes se mostrou atrativo em comparação aos municípios próximos à sede (tabelas 67 a 70).
- Nota-se ainda, em relação ao regime de trabalho, que a escolha por um regime parcial com salários de R\$8.000,00 na APS e R\$10.000,00 na AES, representa uma probabilidade muito maior do que o regime por produção com remuneração de R\$100,00 por hora e o regime integral com salários de R\$12.500,00 na APS e R\$16.000,00 na AES. A escolha de **vínculos parciais**, portanto, se sobrepõe a qualquer outro formato (tabelas 67 a 70).
- A simulação de um cenário de trabalho na APS em uma área rural, ou com dificuldade de acesso, ou periférica e insegura, com adicional de 30% no salário, sugere que não há muita diferença entre os regimes integral e parcial, embora o segundo seja mais atrativo se considerarmos a análise geral do experimento. Ainda assim, e desde que sejam atendidas condições de trabalho ótimas em termos de infraestrutura e acesso a recursos e encaminhamentos, a utilização de regime integral em determinadas situações parece mais adequada, sobretudo quando existir uma demanda efetiva por 40 horas de trabalho, afinal, no caso de adoção do regime parcial seriam necessários dois profissionais para cobrir tal demanda (tabela 71).
- No caso da atenção especializada, um trabalho com condições precárias de infraestrutura e acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos, tem pouca probabilidade de ser escolhido em qualquer localidade, mas principalmente em áreas que não estejam próximas as sedes regionais ou nas próprias sedes. Nesse sentido, a

possibilidade de interiorização desse serviço está fortemente dependente das condições de trabalho. Tendo em vista que a grande maioria da amostra demonstrou preferência por trabalho estável com a administração pública (estatutário ou celetista), recomenda-se a utilização de regime parcial, combinado com condições plenas de infraestrutura e acesso a recursos e encaminhamentos, comparativamente ao regime autônomo. Ressalta-se, ainda, que cerca de um quarto da amostra afirmou preferir ajuda de custo para deslocamento como um tipo de benefício adicional, o que poderia se configurar como mais um tipo de atrativo (tabela 72).

- Na comparação segundo perfis da amostra, foi observado que a preferência pelo nível ótimo de acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos apresentou preferência mais destacada entre mulheres (em comparação aos homens), entre residentes no estado de São Paulo (em comparação aos residentes em outros estados) e entre os médicos no início da carreira (em comparação aos que se encontram em nível avançado da carreira). Outras diferenças observadas, foi a maior preferência das mulheres e dos médicos em início de carreira por vínculos do tipo parcial e a maior preferência de médicos residentes no estado de São Paulo por postos de trabalho nos municípios sede da região (tabelas 73 a 75).

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Amostra de agentes contratantes de médicos por região do estudo e tipo.	54
Tabela 2 – Situação final da ETAC com agentes contratantes.	54
Tabela 3 – Amostra de médicos por região de estudo.	56
Tabela 4 – Situação final da ETAC com médicos.	57
Tabela 5 – Relação de entrevistas - Trabalhos de campo do estado de São Paulo, 2016/2017.	62
Tabela 6 – Indicadores gerais de inserção da força de trabalho médica em serviços de saúde – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.	70
Tabela 7 – Indicadores gerais de inserção da força de trabalho médica no mercado de trabalho formal – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.	70
Tabela 8 – Indicadores gerais da estrutura de serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.	72
Tabela 9 – Indicadores gerais da estrutura de serviços especializados do SUS (hospitais e unidades especializadas públicas e privadas conveniadas) – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.	74
Tabela 10 – Indicadores gerais da estrutura do mercado privado – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.	75
Tabela 11 – Dimensionamento do número de médicos e perfil demográfico e de formação, por região – São Paulo (regiões selecionadas), 2016.	78
Tabela 12 – Número de médicos por sexo, estado civil e se possuem filhos, segundo região. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.	79
Tabela 13 – Número de médicos por faixa etária, segundo região. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.	80
Tabela 14 – Número de médicos por ano de graduação, segundo região. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.	81
Tabela 15 – Número de médicos por região geográfica de graduação, segundo região. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.	81
Tabela 16 – Número de médicos que realizaram pós-graduação e tipo de pós-graduação, segundo região. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.	82
Tabela 17 – Número de médicos por região geográfica onde realizaram residência médica, segundo região de saúde. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.	83
Tabela 18 – Municípios que contratam médicos segundo o tipo de vínculo – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.	88
Tabela 19 – Hospitais que contratam médicos segundo o tipo de vínculo – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.	89
Tabela 20 – Municípios que praticam a contratação indireta de médicos por segmento estudado, segundo os motivos para a utilização desta forma de contratação – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.	89

Tabela 21 – Hospitais que praticam a contratação indireta de médicos por segmento estudado, segundo os motivos para a utilização desta forma de contratação – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.....	90
Tabela 22 – Nº de médicos que atuam no setor público e privado, por região (n=582) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.....	91
Tabela 23 – Nº de médicos trabalhando no setor público segundo arranjos de atuação, por região (n=534) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.....	91
Tabela 24 – Médicos que atuam em Unidades Básicas de Saúde, segundo tipo de vínculo por região (n =393) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.....	92
Tabela 25 – Médicos que atuam em ambulatórios médicos de especialidades, segundo tipo de vínculo por região (n = 174) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.....	93
Tabela 26 – Médicos que atuam em hospitais públicos, segundo tipo de vínculo e região (n = 166) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.....	93
Tabela 27 – Nº de médicos trabalhando no setor privado segundo arranjos de atuação, por região (n = 357) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.....	94
Tabela 28 – Tipo de vínculo dos médicos dos hospitais privados, por região de saúde – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.....	94
Tabela 29 – Tipo de vínculo dos médicos das clínicas privadas, por região de saúde – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.....	95
Tabela 30 – Tipo de vínculo que consideram mais atrativo (N=582) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.....	96
Tabela 31 – Tempo médio, em anos, que o médico permanece no local de trabalho, por região.....	97
Tabela 32 – Municípios e hospitais com postos de trabalho vagos para médicos, por região... 98	
Tabela 33 – Municípios e hospitais com dificuldade de preenchimento de postos de trabalho para médicos, por região.....	98
Tabela 34 – Principais motivos relacionados à dificuldade de preenchimento dos postos de trabalho vagos para médicos.....	99
Tabela 35 – Principais motivos relacionados à dificuldade de preenchimento dos postos de trabalho vagos para médicos.....	99
Tabela 36 – Tempo médio, em MESES, que leva para preencher um cargo vago para médico.....	100
Tabela 37 – Especialidades que os hospitais têm maior dificuldade de contratação.....	100
Tabela 38 – Indicadores gerais de inserção da força de trabalho médica no mercado de trabalho formal – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.....	102
Tabela 39 – Remuneração média por região.....	102
Tabela 40 – Sistema utilizado pelos hospitais para remunerar os médicos especialistas.....	103
Tabela 41 – Municípios e hospitais segundo os incentivos e/ou benefícios monetários oferecidos para os médicos.....	104
Tabela 42 – Municípios e hospitais segundo os incentivos e/ou benefícios extra monetários oferecidos para os médicos.....	104

Tabela 43 – Número de habitantes por médico, em ETI*, por município – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.....	111
Tabela 44 – Nº de habitantes por médico em Atenção Primária à Saúde, em ETI*, por município – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.	112
Tabela 45 – Proporção de trabalho realizado por médicos não residentes* – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.....	114
Tabela 46 – Proporção de trabalho realizado por médicos itinerantes* – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.....	115
Tabela 47 – Proporção de beneficiários do Programa Bolsa Família, por município – São Paulo (regiões selecionadas), março de 2016.....	117
Tabela 48 – Taxa de Mortalidade Infantil, por município – São Paulo (regiões selecionadas), 2014.....	118
Tabela 49 – Distância, em minutos, até o município de referência da região, por município – São Paulo (regiões selecionadas).	119
Tabela 50 – Tempo (em anos) que os médicos atuam no município (n=582).	120
Tabela 51 – Tempo médio (em anos) que os médicos atuam no município, por região de saúde.	120
Tabela 52 – Naturalidade dos médicos, por região de saúde.	121
Tabela 53 – Local de residência dos médicos, por região de saúde.	121
Tabela 54 – Atuação profissional em outros municípios, por região de saúde.	122
Tabela 55 – Número de municípios e médias dos indicadores por cluster.	136
Tabela 56 – Média da razão de especialistas, em ETI, por 100 mil habitantes no município, segundo cluster. São Paulo (regiões selecionadas).....	137
Tabela 57 – Relação de entrevistas, segundo ator entrevistado, estabelecimento e município – Vale do Ribeira, dez 2016.....	142
Tabela 58 – Relação de entrevistas, segundo ator, estabelecimento e município – Região de Saúde de Itapeva, 2016	161
Tabela 59 – Relação de entrevistas, segundo ator, estabelecimento e município – Vale do Jurumirim, 2016	173
Tabela 60 - Relação de entrevistas, segundo ator, estabelecimento e município – Litoral Norte, dezembro de 2016.	182
Tabela 61 – Relação de entrevistas, segundo ator entrevistado, estabelecimento e município – RM Campinas. Fevereiro, 2017.	198
Tabela 62 – Municípios e hospitais por segmento estudado, segundo estratégias utilizadas para atração e fixação de médicos.....	212
Tabela 63 – Municípios e hospitais por segmento estudado, segundo estratégias consideradas atrativas para atração e fixação de médicos.....	213
Tabela 64 –Proporção de médicos que considerou o fator de atração e fixação muito importante, segundo fator e região de atuação.	215
Tabela 65 – Perfil da amostra de respondentes do experimento. Brasil, 2017.....	231

Tabela 66 – Distribuição da amostra de respondentes do experimento segundo local de nascimento, moradia e graduação. Brasil, 2017.	232
Tabela 67 – Coeficientes da Função Utilidade por atributo e nível do experimento.	234
Tabela 68 – Probabilidade de relevância dos atributos e níveis considerando a totalidade da amostra.	236
Tabela 69 – Probabilidade de relevância dos atributos e níveis considerando os médicos da amostra que optaram pela Atenção Primária em Saúde.	237
Tabela 70 – Probabilidade de relevância dos atributos e níveis considerando os médicos da amostra que optaram pela Atenção Especializada em Saúde.	238
Tabela 71 – Probabilidades de escolha de trabalho na Atenção Primária em Saúde em área rural, ou área remota e com dificuldades de acesso, ou em áreas periféricas e inseguras e cenários de trade-offs.	241
Tabela 72 – Probabilidades de escolha de trabalho na Atenção Especializada em Saúde em município pequeno distante (mais de 100km ou mais de uma hora e meia da sede da região) e cenários de trade-offs.	244
Tabela 73 – Comparação das probabilidades de escolha entre residentes no estado de São Paulo e residentes em outros estados.	246
Tabela 74 – Comparação das probabilidades de escolha entre homens e mulheres.	248
Tabela 75 – Comparação das probabilidades de escolha entre médicos no início da carreira e médicos em estágio avançado.	250
Tabela 76 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.	274
Tabela 77 – Distribuição dos vínculos de médicos por natureza jurídica agregada – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.	275
Tabela 78 – Distribuição dos vínculos de médicos por natureza jurídica – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.	276
Tabela 79 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de estabelecimento – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.	277
Tabela 80 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de vínculo e natureza jurídica – Região Vale do Ribeira , 2016.	278
Tabela 81 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de vínculo e natureza jurídica – Região de Itapeva , 2016.	279
Tabela 82 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de vínculo e natureza jurídica – Região Vale do Jurumirim , 2016.	280
Tabela 83 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de vínculo e natureza jurídica – Região Litoral Norte , 2016.	281
Tabela 84 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de vínculo e natureza jurídica – Região de Campinas , 2016.	282
Tabela 85 – Número de estabelecimentos e profissionais (por categoria) da Atenção Primária em Saúde* – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.	283
Tabela 86 – Evolução do nº de vínculos formais de emprego de médicos, ativos em 31/12, por ano segundo região – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.	284

Tabela 87 – Nº de vínculos formais de emprego de médicos, ativos em 31/12/2015 por região, segundo o tipo de vínculo – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.....	284
Tabela 88 – Indicadores gerais dos vínculos formais de emprego de médicos, ativos em 31/12/2015, por natureza jurídica segundo região – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.....	285
Tabela 89 – Indicadores gerais dos vínculos formais de emprego de médicos, ativos em 31/12/2015, por sexo segundo região – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.	286
Tabela 90 – Remuneração média, em Reais, de vínculos formais de emprego de Médicos, ativos em 31/12 – regiões selecionadas e São Paulo, 2015.....	287
Tabela 91 – Nº de vínculos, Remuneração média, Máxima e Mínima, Intervalo e Desvio (em Reais), de vínculos formais de emprego de Médicos, ativos em 31/12 por municípios – regiões selecionadas, 2015.	290
Tabela 92 – Salários médios de admissão de médicos celetistas por região de SP, segundo mês de admissão – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.	294
Tabela 93 – Número de médicos atuantes na região segundo exercício, titulação e equivalente de tempo integral (ETI) de especialidades médicas - Vale do Ribeira, circa 2016.....	295
Tabela 94 – Número de médicos atuantes na região segundo exercício, titulação e Equivalente de Tempo Integral (ETI) de especialidades médicas - Itapeva, circa 2016.....	297
Tabela 95 – Número de médicos atuantes na região segundo exercício, titulação e Equivalente de Tempo Integral (ETI) de especialidades médicas – Vale do Jurumirim, circa 2016.	299
Tabela 96 – Número de médicos atuantes na região segundo exercício, titulação e Equivalente de Tempo Integral (ETI) de especialidades médicas – Litoral Norte, circa 2016.	301
Tabela 97 – Número de médicos atuantes na região segundo exercício, titulação e Equivalente de Tempo Integral (ETI) de especialidades médicas – Metropolitana de Campinas, circa 2016.	303
Tabela 98 – Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Vale do Ribeira, 2014.	315
Tabela 99 – Número de estabelecimentos, nº de vínculos, Quociente Locacional (QL), e número de vínculos por estabelecimentos, segundo tipo de estabelecimento - Vale do Ribeira, junho de 2016.....	316
Tabela 100 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Itapeva, 2014.	318
Tabela 101 – Número de estabelecimentos, nº de vínculos, Quociente Locacional (QL), e número de vínculos por estabelecimentos, segundo tipo de estabelecimento - Itapeva, 2016.	319
Tabela 102 – Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Vale do Jurumirim, 2014.....	321
Tabela 103 – Número de estabelecimentos, nº de vínculos, Quociente Locacional (QL), e número de vínculos por estabelecimentos, segundo tipo de estabelecimento - Vale do Jurumirim, 2016.	322

Tabela 104 – Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Litoral Norte, 2014.	325
Tabela 105 – Número de estabelecimentos, nº de vínculos, Quociente Locacional (QL), e número de vínculos por estabelecimentos, segundo tipo de estabelecimento - Litoral Norte, 2016.....	326
Tabela 106 – Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Metropolitana de Campinas, 2014.	328
Tabela 107 – Número de estabelecimentos, nº de vínculos, Quociente Locacional (QL), e número de vínculos por estabelecimentos, segundo tipo de estabelecimento - Metropolitana de Campinas, 2016.	329
Tabela 108 – População, taxa de urbanização, IDHM, PIB e localização – Regiões de saúde visitadas no estado de São Paulo, circa 2012.....	370
Tabela 109 – Indicadores de ocupação de médicos em estabelecimentos de saúde – Municípios visitados da região de saúde do Litoral Norte, junho de 2016.	373
Tabela 110 – Indicadores de ocupação de médicos em estabelecimentos de saúde – Municípios visitados da região de saúde do Vale do Ribeira, junho de 2016.	376
Tabela 111 – Indicadores de ocupação de médicos em estabelecimentos de saúde – Municípios visitados da região de saúde de Itapeva, junho de 2016.	379
Tabela 112 – Indicadores de ocupação de médicos em estabelecimentos de saúde – Municípios visitados da região de saúde do Vale do Jurumirim, junho de 2016.	382
Tabela 113 – Indicadores de ocupação de médicos em estabelecimentos de saúde – Municípios visitados da região de saúde Metropolitana de Campinas, junho de 2016.	385

Lista de Quadros

Quadro 1 – Bases de dados segundo período de abrangência, variáveis e indicadores.	52
Quadro 2 – Municípios selecionados para visita in loco de cada região de saúde e seus respectivos critérios de escolha.	59
Quadro 3 – Participantes do estudo em cada atividade.	64
Quadro 4 – Perfil da economia formal por região.	67
Quadro 5 – Municípios de referência e classificação na hierarquia de cidades do IBGE, por região.....	109
Quadro 6 – Composição do índice de escassez segundo indicadores, bases e fontes de dados e variáveis.....	124
Quadro 7 – Categorias dos indicadores de avaliação da escassez de médicos.	125
Quadro 8 – Distribuição dos municípios segundo cluster.....	138
Quadro 9 - Identificação dos gestores entrevistados por local de entrevista	143
Quadro 10 - Perfil dos médicos entrevistados no Vale do Ribeira, dezembro de 2016	144
Quadro 11 - Identificação dos gestores entrevistados por local de entrevista.	161
Quadro 12 - Perfil dos médicos entrevistados na Região de Saúde de Itapeva, dezembro de 2016.....	162
Quadro 13 - Perfil dos médicos entrevistados na região de saúde do Vale do Jurumirim, dezembro de 2016.	174
Quadro 14 - Identificação dos gestores entrevistados por local de entrevista.	175
Quadro 15 - Identificação dos gestores entrevistados por local de entrevista – Litoral Norte, dezembro de 2016	183
Quadro 16 - Perfil dos médicos entrevistados no Litoral Norte, dezembro de 2016.	184
Quadro 17 - Perfil dos médicos entrevistados RM Campinas, fevereiro de 2017.	199
Quadro 18 - Identificação dos gestores entrevistados por local de entrevista. (RM – Campinas)	201
Quadro 19 – Atributos e níveis do experimento de preferência declarada	218
Quadro 20 - Formalização matemática do estimador de máxima verossimilhança.....	223
Quadro 21 – Codificação da combinação dos atributos de infraestrutura e recursos.	223

Lista de Figuras

Figura 1 – Representação do experimento hierárquico.....	221
Figura 2 – Resumo das probabilidades de escolha e cenários de trade-offs da tabela 71.	242
Figura 3 – Resumo das probabilidades de escolha e cenários de trade-offs da tabela 72.	245
Figura 4 – Gradiente de formas jurídico-institucionais de atuação da administração pública.	254
Figura 5 – Formas jurídico-institucionais do gradiente passíveis de serem aplicadas na prestação de serviços de assistência médico-hospitalar à população, no âmbito do SUS.	261
Figura 6 – Distribuição resumo dos vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde por grupos de natureza jurídica e região. São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.	264
Figura 7 – Distribuição resumo dos vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde por tipo de vinculação e região. São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.....	264
Figura 8 – Pirâmide etária de médicos atuantes na região* - Vale do Ribeira, circa 2016.....	305
Figura 9 – Pirâmide etária de médicos atuantes na região* - Itapeva, circa 2016.	306
Figura 10 – Pirâmide etária de médicos atuantes na região* - Vale do Jurumirim, circa 2016.	307
Figura 11 – Pirâmide etária de médicos atuantes na região* - Litoral Norte, circa 2016.....	308
Figura 12 – Pirâmide etária de médicos atuantes na região* - Metropolitana de Campinas, circa 2016.....	309
Figura 13 – Pirâmide etária do total da população residente – Vale do Ribeira, 2015.	310
Figura 14 – Pirâmide etária do total da população residente – Itapeva, 2015.....	311
Figura 15 – Pirâmide etária do total da população residente – Vale do Jurumirim, 2015.	311
Figura 16 – Pirâmide etária do total da população residente – Litoral Norte, 2015.	312
Figura 17 – Pirâmide etária do total da população residente – RM Campinas, 2015.....	312

Lista de Mapas

Mapa 1 – Número de habitantes por médico, em ETI*, por município – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.....	111
Mapa 2 – Nº de habitantes por médico em Atenção Primária à Saúde*, em ETI, por município – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.....	112
Mapa 3 – Proporção de trabalho realizado por médicos não residentes* – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.....	114
Mapa 4 – Proporção de trabalho realizado por médicos itinerantes* – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.....	115
Mapa 5 – Proporção de beneficiários do Programa Bolsa Família, por município – São Paulo (regiões selecionadas), março de 2016.....	117
Mapa 6 – Taxa de Mortalidade Infantil, por município – São Paulo (regiões selecionadas), 2014.	118
Mapa 7 – Distância, em minutos, até o município de referência da região, por município – São Paulo (regiões selecionadas).	119
Mapa 8 – Critérios de designação do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária em Saúde – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.	126
Mapa 9 – Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária em Saúde – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.....	127
Mapa 10 – Nº de médicos em Atenção Primária à Saúde* por habitante, em ETI, por área de ponderação – Região do Vale do Ribeira, junho de 2016.	129
Mapa 11 – Nº de médico em Atenção Primária à Saúde* por habitante, em ETI, por área de ponderação – Região de Itapeva, junho de 2016.	130
Mapa 12 – Nº de médico em Atenção Primária à Saúde* por habitante, em ETI, por área de ponderação – Região do Vale do Jurumirim, junho de 2016.....	131
Mapa 13 – Nº de médico em Atenção Primária à Saúde* por habitante, em ETI, por área de ponderação – Litoral Norte, junho de 2016.....	132
Mapa 14 – Nº de médico em Atenção Primária à Saúde* por habitante, em ETI, por área de ponderação – Região Metropolitana de Campinas, junho de 2016.	133
Mapa 15 – Municípios selecionados do Litoral Norte.....	363
Mapa 16 – Municípios selecionados de Itapeva.	364
Mapa 17 – Municípios selecionados do Vale do Jurumirim.....	365
Mapa 18 – Municípios selecionados do Vale do Ribeira.....	366
Mapa 19 – Municípios selecionados da Região Metropolitana de Campinas.	367

Lista de Siglas

AMB – Associação Médica Brasileira
AME – Ambulatório Médico de Especialidades
APS – Atenção Primária à Saúde
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CFM – Conselho Federal de Medicina
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNEM – Cadastro Nacional de Especialidades Médicas
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRM – Comissão Nacional de Residências Médicas
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CTAP – Contrato Temporário com a Administração Pública
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPSM – Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ETAC – Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador
ETI – Equivalente de Tempo Integral
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FTE – Full Time Equivalent
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MDSA – Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário
MS – Ministério da Saúde
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
ONG – Organização Não Governamental
OS – Organização Social
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PBF – Programa Bolsa Família
PROVAB – Programa de Valorização do Trabalhador da Atenção Básica
RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

RHS – Recursos Humanos em Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação à Saúde

SIM – Sistema Nacional de Mortalidade

SINASC – Sistema Nacional de Nascidos Vivos

SMS – Secretarias Municipais de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Índice

Sumario Executivo	2
Apresentação	44
1. Introdução	45
1.1. Conceção geral do estudo	45
1.2. Caracterização dos arranjos locais dos mercados de trabalho médicos.....	46
1.3. Identificação de áreas com maior necessidade de médicos	57
1.4. Pesquisa em profundidade com profissionais e gestores de saúde	57
1.5. Estudo de preferência declarada.....	62
2. Arranjos dos mercados de trabalho médico e perfil da força de trabalho	65
2.1. Estrutura dos serviços de saúde.....	65
2.2. Perfil da força de trabalho.....	76
2.3. Arranjos de contratação de médicos.....	85
2.4. Salários e incentivos/benefícios	101
3. Áreas com maiores necessidades de médicos	105
3.1. Indicadores para mensuração da escassez de médicos	105
3.2. Análise geral dos indicadores	109
3.3. Escassez municipal de médicos em atenção primária	123
3.4. Escassez de médicos da atenção primária em áreas intramunicipais	128
3.5. Escassez de médicos especialistas.....	134
4. Fatores de atração e fixação de médicos	139
4.1. Pesquisa em profundidade com profissionais e gestores de saúde.....	139
4.1.1 Vale do Ribeira.....	141
4.1.2 Itapeva	160
4.1.3 Vale do Jurumirim	172
4.1.4 Litoral Norte	181
4.1.5 Região Metropolitana de Campinas	196
4.2. Informações complementares das ETAC com agentes contratantes e médicos....	211
4.2.1 Estratégias de atração e fixação utilizadas por agentes contratantes	211
4.2.2 Fatores de atração e fixação segundo os profissionais	213
5. Estudo de preferência declarada	216
5.1. Definição de atributos e níveis	217
5.2. Desenho do experimento	219

5.3.	Experimento piloto e amostragem	222
5.4.	Estrutura visual do experimento.....	224
5.5.	Resultados.....	230
6.	Elementos para modelagem institucional: modelos jurídico-institucionais	251
6.1.	Diretrizes da organização da administração pública e modelos jurídico-institucionais dos serviços públicos de saúde	251
6.2.	Formas jurídico-institucionais aplicáveis à prestação de serviços públicos de saúde	257
7.	Considerações finais e recomendações	263
8.	Referências bibliográficas	270
	APENDICE A – Tabelas auxiliares da análise de dados secundários	273
A.1.	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.....	274
A.2.	Relação Anual de Informações Sociais	284
A.3.	Número de especialistas	295
A.4.	Pirâmides etárias	305
	APENDICE B – Análise dos Quocientes Locacionais.....	313
	APENDICE C – Questionários das ETACs	330
	APENDICE D – Roteiros da pesquisa em profundidade	348
	APENDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	356
	APENDICE F – Logística do trabalho de campo	358
	APENDICE G – Caracterização sociodemográfica e de oferta de serviços de saúde dos municípios visitados	368
	APÊNDICE H – Conjunto de alternativas, output do experimento piloto e teste de dimensionamento da amostra do DCE.....	386
	APENDICE I – Modelagem Institucional	399

Apresentação

Neste documento¹ apresentamos os resultados finais do estudo para proposição de estratégias de fixação de recursos humanos em saúde nos respectivos municípios das regiões selecionadas no âmbito do “Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde no Estado de São Paulo”. Trata-se do Produto 5, previsto no contrato UCP nº 08/2016 e sua prorrogação, no âmbito do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde no Estado de São Paulo. O estudo foi executado pelo Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC) através da Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e da 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/NESCON/FM/ UFMG).

¹ Este documento se diferencia daquele apresentado em dezembro de 2017 pela revisão em alguns pontos do texto e pela inclusão de um capítulo com considerações finais e recomendações.

1. Introdução

1.1. Concepção geral do estudo

Este estudo teve por objetivo geral propor estratégias de atração e fixação de médicos para atuar nos serviços de saúde dos municípios das regiões do Vale do Ribeira, Itapeva, Vale do Jurumirim, Litoral Norte e Metropolitana de Campinas, do estado de São Paulo. De maneira geral, pretendeu-se caracterizar as regiões selecionadas em termos da estrutura e dinâmica do mercado de trabalho médico, bem como das expectativas dos profissionais e gestores diante dos fatores de atração e fixação para trabalhar nos serviços de saúde locais. Através de um extenso conjunto de dados foi possível conhecer a realidade atual na qual se pretende atuar através de estratégias por parte da gestão estadual da saúde. De forma mais específica, a identificação das formas de organização do trabalho médico na região, o perfil e a origem dos médicos em atividade, sua movimentação e inserção entre os diferentes serviços e o exercício de especialidades, as opções pelas modalidades de contratação vigentes, as estratégias de atração e fixação adotadas pelos gestores, os aspectos motivacionais acerca do tipo de trabalho e as iniquidades distributivas na oferta de profissionais médicos.

Para tanto, o estudo foi dividido em quatro áreas temáticas. A primeira teve por objetivo caracterizar a estrutura do arranjo produtivo local de saúde e do mercado de trabalho e de serviços médicos por meio da análise de dados secundários e da realização de entrevistas telefônicas com agentes contratantes de médicos e os próprios médicos atuantes nas regiões. A segunda é a de identificação de áreas com maior necessidade de recursos humanos em saúde a serem consideradas prioritárias na proposta de intervenção. Para essa identificação foi construído um índice de escassez de médicos, o qual localiza geograficamente e mensura a intensidade do problema. A terceira objetivou levantar e analisar as expectativas dos médicos e agentes contratantes de médicos em relação à atuação nos serviços de saúde existentes e os que ainda serão criados, o que, por um lado, também foi coletado por meio das entrevistas telefônicas e, ainda, por meio de um trabalho de campo nas regiões selecionadas em que se realizaram entrevistas com atores-chave representantes dos arranjos locais do mercado de trabalho e de serviços médicos. Por fim, para a definição da proposta de intervenção, a quarta linha temática consistiu da aplicação de um Discrete Choice Experiment (DCE) que tem por objetivo identificar cenários de emprego que são mais favoráveis à atração e fixação de médicos nas regiões.

1.2. Caracterização dos arranjos locais dos mercados de trabalho médicos

Esta parte do estudo teve o objetivo de caracterizar através de estatística descritiva o arranjo produtivo da assistência à saúde regional e o perfil do mercado de trabalho e de serviços médicos. Para tanto, foram utilizadas diversas bases de dados secundários na área de mercado de trabalho, visando a construção de indicadores sobre a atividade econômica geral, o arranjo produtivo da assistência à saúde regional, a estrutura e a dinâmica do mercado de trabalho médico e o perfil da força de trabalho médica. Os dados secundários foram complementados através de dados coletados por meio de *surveys* telefônicos realizados com médicos e agentes contratantes de médicos, além da realização de entrevistas em profundidade.

1.2.1. Análise de dados secundários

Para análise do arranjo produtivo da assistência à saúde regional e o perfil do mercado de trabalho médico foram utilizadas diversas bases de dados de fontes secundárias na área de Recursos Humanos em Saúde de forma complementar. O uso concomitante destas bases se justifica em função de não existir uma fonte única com abrangência da totalidade dos serviços de saúde, tampouco dos mercados de trabalho médico. Cada uma das bases de dados é apresentada em seguida, com descrição do trabalho que foi feito, sendo que o quadro 1 sintetiza as informações.

Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)

A RAIS é um registro administrativo do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), de âmbito nacional e periodicidade anual. É considerado o Censo do mercado formal brasileiro. Os dados são prestados por todos os estabelecimentos empregadores do país que devem declarar os empregos de celetistas (empregados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT); servidores da Administração Pública; trabalhadores temporários ou com Contrato de Trabalho de Prazo Determinado, de acordo com as legislações específicas dos estados e municípios; entre outros. Os dados são desagregáveis até o nível geográfico municipal. Estão acessíveis por meio de consulta a um sistema *online* de geração de tabelas ou por meio de solicitação especial feita ao MTE.

A partir da análise dos dados da RAIS, é possível conhecer o estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro de cada ano segundo sexo, faixa etária e graus de

escolaridade do empregado, além de características gerais do trabalho como rendimentos (em dezembro e média anual), tempo de serviço, tipo de vínculo, atividade econômica segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), ocupação segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), horas semanais contratadas, natureza jurídica do estabelecimento, entre outros. Além do estoque de empregos, dispõe-se também dos fluxos de mercado de trabalho por tipo de admissão e causa do desligamento. Em suma, os dados da RAIS permitem dimensionar a estrutura e a dinâmica desse segmento do mercado de trabalho para a totalidade das atividades econômicas em todo o Brasil.

A utilização da RAIS para análise de Recursos Humanos em Saúde (RHS) tem sido de extrema importância, uma vez que os empregos no setor saúde já representam em torno de 11% da economia formal. Do ponto de vista metodológico, faz-se necessário cotejar informações referentes ao emprego em saúde, o que é feito através do recorte das atividades econômicas, profissões e ocupações da área. O uso da RAIS, nesse sentido, é limitado, pois está sujeito aos problemas de definição de algumas atividades e de compatibilização taxonômica de algumas ocupações entre diferentes períodos de sua série histórica. Além disso, também é limitado por se restringir ao mercado formal.

Neste estudo utilizamos os dados da **RAIS de 2015** para identificação do número de estabelecimentos empregadores segundo setores de atividade econômica. Este dado permite identificar o arranjo produtivo local do ponto de vista da concentração de atividades econômicas nas cinco regiões do estado de São Paulo que são foco deste estudo. Para tanto, lançamos mão do **Quociente Locacional (QL)**, um indicador obtido através da relação entre a proporção de estabelecimentos de uma atividade específica em relação ao total de estabelecimentos em uma região, e a mesma proporção no Brasil. Valores de QL superiores a 1 indicam que a concentração de estabelecimentos na região é superior à do país e do estado, valores inferiores indicam que a concentração é inferior e valores iguais a 1 indicam que a concentração de estabelecimentos é igual. O mesmo se aplica ao número de vínculos de emprego.

A RAIS também foi utilizada para caracterização da estrutura e dinâmica do mercado de trabalho formal de médicos, tendo sido coletadas as seguintes informações: número de empregos de médicos ativos em 31/12, tipo de vínculo, saldo de admissões e desligamentos, rendimento médio anual, carga horária média, rendimento médio por hora, tempo médio do emprego. Estes indicadores foram discriminados segundo natureza jurídica do estabelecimento empregador (pública e privada) e sexo do empregado.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

O CNES é um registro administrativo do Ministério da Saúde que tem por finalidade reunir um conjunto de informações sobre todos os estabelecimentos de assistência à saúde do Brasil, como os hospitais, os consultórios médicos, as clínicas especializadas e os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), entre outros tipos. O preenchimento do registro é realizado diretamente pelos estabelecimentos por meio da Ficha de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde (FCES) e os dados são verificados por gestores das secretarias municipais e estaduais de saúde, para então serem encaminhados ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que consolida as informações. A atualização é diária, sendo que mensalmente é produzida uma base consolidada dos vínculos ativos no último dia do mês. Note-se que todo estabelecimento de saúde é obrigado a criar um registro no CNES, mas o mesmo não ocorre quanto ao preenchimento e atualização dos dados, exceto quando a informação a ser preenchida está vinculada ao faturamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O acesso aos dados é feito através de um sistema de consulta *online*, pelo qual é possível procurar estabelecimentos e profissionais específicos. O acesso aos microdados deve ser feito por meio de solicitação especial ao Ministério da Saúde.

O conteúdo do cadastro dispõe de dados referentes à área física, equipamentos existentes, tipos de serviços que são realizados e recursos humanos. No que se refere aos recursos humanos, é possível identificar, para cada profissional e vínculo de trabalho com o estabelecimento, a ocupação a seis dígitos segundo a CBO, o número de horas trabalhadas (discriminadas em horas ambulatoriais, hospitalares e outras) e o tipo de vinculação com o estabelecimento. É possível cruzar essas informações com atributos do profissional (sexo, idade e município de residência) e do estabelecimento (como natureza jurídica, esfera administrativa e localização geográfica). Os dados são desagregáveis até o nível geográfico municipal.

O cadastro possui um importante limite no que diz respeito ao dimensionamento do setor da Saúde Suplementar, sobretudo quando não há convênio do estabelecimento com o SUS. Outro limite se refere ao processo de atualização das informações sobre recursos humanos, já que em alguns casos o registro não é atualizado no mesmo período de admissão, alteração ou desligamento do vínculo. Isso ocorre tanto pela não obrigatoriedade de fazê-lo, ou pelo tempo gasto na tramitação das FCES até o DATASUS, ou mesmo por motivo de fraude. Ressalta-se ainda que a forma de registro dos vínculos dos profissionais com os estabelecimentos não permite discriminar quais correspondem à realização de procedimentos, os quais não

deveriam ser confundidos com os vínculos de trabalho, dado sua natureza esporádica e atípica do ponto de vista laboral.

Apesar dos limites apontados, trata-se da principal fonte de dimensionamento da força de trabalho que presta serviços diretos de assistência à saúde, na medida em que contempla os empregados do setor, ou seja, aqueles com vínculos empregatícios como funcionários públicos ou celetistas, bem como os autônomos, terceirizados, cooperados, proprietários, bolsistas e residentes. Do ponto de vista setorial, porém, não é possível dimensionar atividades que são caracteristicamente de assistência à saúde, mas que é realizada em estabelecimentos que não são da atividade econômica da saúde, isto é, os que estão na indústria, comércio, ensino e outras.

Neste estudo utilizamos os dados do **CNES de junho de 2016** para dimensionar o número de médicos em estabelecimentos de saúde. A contagem do número de médicos foi feita de três formas. A primeira foi direta, isto é, referente ao número de indivíduos com pelo menos um vínculo em estabelecimentos de saúde nas regiões. A segunda se deu pelo número de vínculos de médicos, ressaltando que um mesmo indivíduo pode possuir mais de um vínculo. A terceira é feita pela contagem em **Equivalente de Tempo Integral (ETI) ou Full Time Equivalent (FTE)**, a qual busca identificar a oferta de profissionais pela disponibilidade efetiva de trabalho, medida em carga horária. Na prática, a massa total de horas semanais registradas em todos os vínculos de médicos é dividida por 40 horas, representando o número que equivaleria ao de profissionais dedicados ao trabalho em tempo integral.

Adicionalmente, foi calculado o Quociente Locacional considerando o tipo de estabelecimento de saúde (Unidade Básica de Saúde, Hospital, Clínica, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, etc.), entre outros indicadores como: razão de médicos por habitantes, proporção de médicos em estabelecimentos públicos e em estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde (APS), carga horária média e proporção de trabalho protegido (vínculos estatutários e celetistas em relação ao total).

Cadastro Nacional de Especialidades Médicas (CNEM)

O CNEM é um cadastro do Ministério da Saúde criado no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM) com o objetivo de reunir diversas fontes de informação sobre especialidades médicas no Brasil para subsidiar as ações de planejamento da formação e de serviços de saúde especializados. Em sua composição estão os cadastros oficiais do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Comissão Nacional de Residências Médicas (CNRM) e da Associação Médica Bra-

sileira (AMB). Por meio dos dados é possível investigar para a totalidade de médicos com registros ativos nos conselhos profissionais os atributos de sexo, idade, local de moradia, instituição, ano de formação em medicina e respectivos títulos de especialidades emitidos pelas CNRM e AMB por ano de obtenção. O acesso aos microdados foi feito por meio de solicitação especial à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação à Saúde (SGTES).

Neste estudo, utilizamos os microdados do **CNEM de 2015** para análise do perfil dos médicos atuantes nas regiões. Para identificar os médicos atuantes, os dados do CNEM foram cruzados com os do CNES por meio do número de identificação do médico no Cadastro de Pessoa Física (CPF). Foram selecionadas as informações do CNEM referentes aos indivíduos com pelo menos um vínculo em estabelecimento de saúde localizado nas cinco regiões em junho de 2016, segundo o CNES. As informações de sexo e idade são variáveis presentes nos dois cadastros e foram consistidas, privilegiando a informação presente no CNEM em caso de inconsistência. O mesmo se aplicou à variável de local de residência, neste caso, havendo inconsistência, privilegiou-se a informação do CNES, que é a mais recente. As informações de local de nascimento, titulação em especialidades médicas e ano e local de formação derivam exclusivamente do CNEM.

No que se refere ao registro de especialidades médicas, há três fontes de informação de titulação médica disponíveis no CNEM. Por meio do cadastro do CFM, há um campo específico que informa o Registro de Qualificação de Especialidade (RQE), o qual é preenchido para o médico que comprova sua titulação concedida por um dos dois órgãos competentes para tal (CNRM e AMB). O RQE é a fonte para que o médico possa se declarar como especialista no mercado e, consequentemente do controle que o CFM faz deste exercício. No entanto, nem todo médico titulado realiza esse registro e isso não representa uma discordância em relação ao Código de Ética da profissão e nenhuma regulação das entidades médicas, de fato, proíbe o exercício de especialidades não declaradas (seja por titulados ou por não titulados). Uma limitação decorrente da não obrigatoriedade de preenchimento desse campo é a verificação de sub-registro da informação, o que impossibilita a contagem total do número de especialistas por via dessa fonte. Na prática, o registro do CFM representa uma fonte parcial do que seria uma base de dados agregada das informações do CNRM e da AMB.

A segunda fonte de registro de especialista é o CNRM, mas seu uso deve levar em consideração seu limite de abrangência, isto é, especialistas egressos de cursos que são regulados por aquela Comissão. Portanto, o cadastro não abrange a totalidade de títulos emitidos e seus dados devem ser utilizados complementarmente a outras fontes de dados para uma contagem mais aproximada do estoque de especialistas. Outro limite que se deve considerar é quanto à ausência de padronização do registro da especialidade, uma vez que a instituição informa ape-

nas o nome do programa. Embora estes nomes estejam alinhados às Resoluções do Conselho Federal de Medicina que reconhecem as especialidades médicas, é necessário proceder à limpeza e posterior categorização ou padronização dos mesmos.

A terceira fonte é o registro da AMB. Assim como ocorre em relação à CNRM, trata-se de uma importante fonte sobre médicos especialistas, mas que também é limitada, pois oferece o dimensionamento apenas dos especialistas que se titularam através dos exames das Sociedades e, portanto, deve ser usada em complementaridade a outras bases. É importante ressaltar ainda que nem todos os médicos que exercem especialidades no mercado de trabalho sem os respectivos títulos procuram as Sociedades para realizar os exames, mesmo profissionais que realizaram cursos de especialização. Ressalta-se que a informação da AMB presente no CNEM se limita ao registro da titulação principal do médico, não sendo possível identificar especialidades secundárias, o que gera um problema de sub-registro dos títulos que são emitidos pela entidade.

Especificamente em relação ao dimensionamento de médicos especialistas atuantes nas regiões, o mesmo se deu de duas formas:

- (i) Pela identificação dos **médicos titulados nas especialidades** reconhecidas pelo CFM e desde que estivessem registradas no Cadastro Nacional de Especialidades Médicas (CNEM) do Ministério da Saúde. Nesse sentido, foram estimados os quantitativos de portadores de título emitido pela CNRM e ou AMB. Ressalta-se como limitação, porém, o fato de que a existência de titulação não implica em necessário exercício da especialidade correspondente, já que o médico pode optar por outras especialidades quando da venda de serviços no mercado;
- (ii) Pela identificação dos **médicos ocupados nas especialidades** reconhecidas pelo CFM e desde que estivessem registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Ressalta-se que o CNES é a fonte que melhor permite dimensionar o estoque de especialistas por abarcar a quase totalidade dos médicos em serviços de assistência à saúde, mesmo que haja sub-representação do setor da Saúde Suplementar não conveniado ao SUS. Esta opção se justifica também por refletir melhor o exercício das especialidades no mercado de trabalho, já que boa parte dos médicos não se limita a prática de uma única especialidade e não há uma necessária relação entre exclusividade de prática com a existência de titulação na residência equivalente a especialidade.

Os resultados correspondente a análise dos dados secundários, isto é, da análise sobre arranjos do mercado de trabalho e serviços médicos e perfil da força de trabalho, é feita no capítulo 2. Diversas tabelas foram omitidas do texto para facilitar a leitura e estão disponíveis nos APÊNDICES A e B.

Quadro 1 – Bases de dados segundo período de abrangência, variáveis e indicadores.

Base de dados	Período	Variáveis	Indicadores
RAIS	2015	- Atributos dos estabelecimentos empregadores (natureza jurídica, porte, atividade econômica, localização); - Atributos dos vínculos formais de emprego de médicos ativos em 31/12 (tipo de vínculo, carga horária, salário, tempo de emprego); - Atributos do médico empregado (sexo, idade, número de empregos, rendimentos de todos os empregos); - Fluxos do emprego (admissões e desligamentos por tipo, mês da movimentação).	- Quociente locacional da atividade econômica (representação das atividades econômica na região em relação ao total do estado); - Número de empregos de médicos e de médicos empregados; - Número de estabelecimentos que empregam médicos; - Saldo de admissões e desligamentos; - Rendimento médio; - Carga horária média; - Tempo médio do emprego;
CNES	Junho de 2016	- Atributos dos estabelecimentos de saúde (tipo de serviço, natureza jurídica, porte, localização); - Atributos dos vínculos de médicos com estabelecimentos de saúde (tipo de vinculação, carga horária, especialidade segundo CBO); - Atributos do médico (sexo, idade e local de residência);	- Número de médicos e de vínculos em estabelecimentos de saúde; - Número de médicos em equivalência de tempo completo (Full Time Equivalent – cada 40 horas de atividade médica corresponde a um profissional); - Proporção de trabalho protegido (vínculos estatutários e celetistas em relação ao total);
CNEM	2015	- Atributos dos médicos com registro ativo no CREMESP (sexo, idade, local de residência, especialidade de titulação no CNRM e ou AMB, tipo de inscrição – primária ou secundária); - Atributos dos títulos da CNRM (especialidade, instituição de ensino e ano de titulação); - Atributos dos títulos da AMB (especialidade e data de titulação).	- Número de médicos ativos por tipo de inscrição; - Número de especialistas titulados por especialidade; - Idade média; - Razão de sexos; - Número de médicos residentes no município.

Fonte: Elaboração própria.

1.2.2. Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC)

De forma a complementar a análise de dados secundários sobre o arranjo produtivo, o mercado de trabalho médico e o perfil da força de trabalho, e tendo em vista a impossibilidade de cobrir a totalidade dos cenários de prática médica por meio das bases de dados disponíveis, foi realizada a coleta de dados primários. Esta coleta também se justifica pela necessidade de identificar as expectativas e motivações de médicos, gestores e agentes contratantes de médicos em relação aos serviços atuais e a serem implantados em municípios/regiões de referência e com maiores necessidades de médicos. Os resultados serviram ainda para identificação de atributos e seus respectivos níveis que comporão os diversos cenários de trabalho a serem apresentados aos participantes do DCE. Para tanto, foram realizados dois *surveys* através da técnica de ETAC, um com os principais agentes contratantes de médicos e uma com os próprios profissionais.

ETAC com agentes contratantes

O estudo inclui gestores municipais de saúde e de hospitais privados (com fins lucrativos e não lucrativos). O universo da pesquisa corresponde à totalidade das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos 71 municípios que integram as cinco regiões, e a totalidade dos hospitais privados, com e sem fins lucrativos, existentes nestes municípios. A lista de hospitais foi obtida através do CNES de junho de 2016.

No total, 147 casos compõem a amostra de agentes contratantes, como descreve a tabela 1. Estas foram realizadas aplicando um questionário estruturado, com opções de resposta categorizadas ou diretas, conforme recomendado para amostras grandes, de forma a facilitar a quantificação das respostas. As perguntas versam sobre as principais formas de vinculação laboral de médicos adotadas pelos municípios e hospitais, os tipos e níveis da remuneração da atividade profissional, regras de participação e estratégias de associação dos profissionais, dificuldades de preenchimento dos postos de trabalho vagos para médicos e estratégias adotadas para fixar profissionais (incentivos e benefícios que são ou poderiam ser oferecidos) (ver questionário no APENDICE C).

Tabela 1 – Amostra de agentes contratantes de médicos por região do estudo e tipo.

Região	Secretaria Municipal de Saúde	Hospital sem fins lucrativos	Hospital com fins lucrativos	Total
Vale do Ribeira	15	1	1	17
Itapeva	15	3	-	18
Vale do Jurumirim	17	8	-	25
Litoral Norte	4	3	2	9
RM Campinas	20	15	43	78
Total	71	31	46	147

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS de junho de 2016.

Cada entrevista levou, em média, 20 minutos para ser realizada. A fase de coleta de dados teve início em 24 de janeiro de 2017 e foi finalizada em 13 de junho 2017, a taxa de respostas foi de 77,5% para as secretarias e de 48,7% para hospitais (tabela 2). Foram realizadas, em média, 14 ligações para SMS e 11 para hospitais. O número de recusas de hospitais foi considerado alto, correspondendo a quase a metade do universo. Na verdade essa proporção foi impactada pela Região Metropolitana de Campinas, o que pode estar associado à dinâmica de trabalho dos estabelecimentos de saúde dessa região, que por serem maiores, são também mais burocráticos, em especial no que se refere ao acesso aos diretores.

Tabela 2 – Situação final da ETAC com agentes contratantes.

Região	SMS				Hospitais Privados			
	Amostra	Completa	%	Recusas	Amostra	Completa	%	Recusas
Vale do Ribeira	15	14	93,3	1	2	2	100,0	0
Itapeva	15	12	80,0	3	3	3	100,0	0
Vale do Jurumirim	17	14	82,3	3	8	7	87,5	1
Litoral Norte	4	2	50,0	2	5	5	100,0	0
RM Campinas	20	13	65,0	7	58	20	34,5	38
Total Geral	71	55	77,5	16	76	37	48,7	39

Fonte: Elaboração própria.

Os dados provenientes da ETAC com agentes contratantes foram analisados através de estatística descritiva e estão apresentados em várias partes do relatório, mais especificamente no capítulo 2, como parte da caracterização dos arranjos produtivos do mercado de trabalho médico e perfil da força de trabalho; e no capítulo 4, como parte da identificação dos fatores de atração e fixação de médicos nas regiões.

ETAC com profissionais médicos

A ETAC com médicos foi realizada a partir de uma amostra aleatória simples de médicos atuantes nas cinco regiões. Além de levantar o perfil profissional, a ETAC com os médicos pretendeu identificar os principais fatores de atração e fixação na perspectiva dos profissionais. Trata-se de outro questionário estruturado, composto de perguntas sobre o perfil demográfico, local de moradia, local de formação (graduação e residência), locais de atuação, formas e níveis de remuneração, movimentação e inserção entre os diferentes serviços, o exercício de especialidades médicas, além de expectativas atuais e futuras relacionadas ao trabalho nos serviços atuais e a serem implantados (ver questionário no APENDICE C).

A identificação desses médicos foi feita a partir do CNES de junho de 2016. Como a forma de contato com o médico é feita a partir do estabelecimento (de onde se coletaram os contatos telefônicos) e tendo em vista que um mesmo profissional pode atuar em mais de um estabelecimento, foi necessário preparar o banco para o sorteio. Inicialmente, foram excluídos do cadastro os médicos em funções administrativas, como aqueles ocupados exclusivamente em secretarias municipais de saúde e em centrais de regulação; e os médicos que não estabeleciam relação de trabalho com um agente contratante, isto é, os ocupados apenas em consultórios isolados. Em seguida, entre os médicos ocupados em mais de um estabelecimento, foi feito o sorteio de um único estabelecimento para que estes profissionais não se repetissem no cadastro. Com isso, cada um dos 10.918 médicos remanescentes teve a mesma probabilidade de ser sorteado. A amostra foi calculada, por região, com 90% de nível de confiança e 6% de margem de erro, totalizando 694 casos, conforme a tabela 3.

Tabela 3 – Amostra de médicos por região de estudo.

Região	Nº de médicos*	Nº de médicos após critérios de seleção**	Amostra
Vale do Ribeira	449	436	131
Itapeva	320	290	122
Vale do Jurumirim	346	314	117
Litoral Norte	614	572	141
Metropolitana de Campinas	9.892	9.306	183
Total	11.621	10.918	694

Fonte: Elaboração própria a partir do CNES/MS de junho de 2016.

* Número de médicos ocupados em estabelecimentos de saúde no período em questão.

** Número de médicos com exceção dos ocupados apenas em consultórios isolados, secretarias municipais de saúde, centrais de regulação, entre outros estabelecimentos.

A fase de coleta de dados teve início em 05 de junho de 2017 e foi finalizada em 22 de setembro de 2017, a taxa de resposta foi de 83,9%. As regiões com o menor percentual de respostas foram Vale do Ribeira e Vale do Jurumirim. Em Itapeva as respostas ultrapassaram a amostra inicial. O andamento da pesquisa foi relativamente lento em função da dificuldade de contatar o profissional. A principal dificuldade encontrada foi a de ultrapassar o contato inicial que foi feito com o estabelecimento de saúde. De maneira geral, o contato com o médico nem chegou a ser feito, pois o estabelecimento demorava para agendar a entrevista ou realizava a recusa de imediato. Tal logística foi ainda mais complicada no caso de estabelecimentos em que mais de um profissional foi sorteado. Buscando superar tais dificuldades, além dos 1.159 médicos sorteados inicialmente (sendo 694 da amostra e 465 de reposição), outros 1.401 indivíduos foram considerados em uma segunda reposição. Em função disso, todo o universo das regiões Vale do Ribeira, Itapeva, Vale do Jurumirim e Litoral Norte passaram a compor o cadastro da pesquisa. Outra estratégia foi a de elaborar um questionário *online*, com o instrumento da pesquisa, o qual foi enviado para os médicos cujos estabelecimentos informaram que seus médicos poderiam responder a pesquisa por essa via.

Tabela 4 – Situação final da ETAC com médicos.

Região	Amostra	Completas	%	Recusas
Vale do Ribeira	131	95	72,5	26
Itapeva	122	126	103,3	0
Vale do Jurumirim	117	84	71,8	4
Litoral Norte	141	117	83,0	16
RM Campinas	183	160	87,4	25
Total Geral	694	582	83,9	71

Fonte: Elaboração própria.

1.3. Identificação de áreas com maior necessidade de médicos

A metodologia proposta para identificar iniquidades distributivas na oferta de profissionais médicos nas regiões selecionadas envolveu a construção e análise de um conjunto de indicadores e sua apresentação através de mapas. Esta atividade foi realizada em dois momentos. O primeiro correspondeu à construção de indicadores simples que representam quantitativamente a oferta de médicos nas localidades estudadas. Essa oferta foi medida de forma direta, pelo número de profissionais relativamente à população e levando em consideração alguns aspectos determinantes da oferta, como o deslocamento de médicos do território e presença de carências socioeconômicas, altas necessidades de saúde e barreiras de acesso aos serviços de saúde. Em um segundo momento foi elaborado um indicador composto que permitiu identificar e mensurar de forma sintética áreas com escassez de médicos potenciais para a ação pública. Adicionalmente, foram identificadas as distribuições de médicos em territórios intramunicipais e a distribuição de médicos especialistas. O detalhamento metodológico referente à etapa do estudo compõe o capítulo 3 do presente relatório.

1.4. Pesquisa em profundidade com profissionais e gestores de saúde

Foram realizadas entrevistas em profundidade com os agentes envolvidos nos processos de contratação e retenção de médicos e com os próprios profissionais nas cinco regiões do estado de São Paulo incluídas no estudo. O método de entrevista em profundidade foi escolhido dada a riqueza de informações que podem ser obtidas e a possibilidade de aprofundar o entendimento dos objetos investigados. A coleta das entrevistas ocorreu através de uma pes-

quisa de campo, a qual permitiu ainda a observação *in loco* da organização dos mercados de trabalho e serviços médicos locais, bem como das carências existentes nos municípios visitados, relativas aos serviços de saúde.

Seleção e caracterização dos municípios

Foram selecionados quatro municípios por região. Para a identificação e seleção destes municípios foram combinados dados do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária em Saúde (calculado de acordo com metodologia detalhada no capítulo 3), de junho de 2016; do CNES de junho de 2016; e do Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, de 2014, entre outros dados secundários, que resultaram nos seguintes critérios de seleção:

- Municípios-sede das regiões de saúde;
- Municípios identificados com algum grau de escassez de médicos, segundo o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária em Saúde;
- Municípios distantes das sedes e/ou dos grandes centros;
- Municípios integrantes de consórcio intermunicipal de saúde;
- Municípios que apresentavam carência na oferta de determinados serviços, como atenção terciária ou SADT;
- Municípios que não possuíam médico residente.

Além destes critérios, alguns municípios foram selecionados por apresentarem algumas especificidades. O quadro 2 apresenta os municípios selecionados por região e os critérios de escolha de cada um.

Quadro 2 – Municípios selecionados para visita in loco de cada região de saúde e seus respectivos critérios de escolha.

Região de Saúde	Municípios contemplados	Crítérios de escolha
Vale do Ribeira	Registro	Sede da região de saúde
	Pariquera-Açu	Sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira e Litoral – CONSAUDE
	Sete Barras	Não possui estabelecimento hospitalar e é o único município da região identificado no Índice de Escassez - escassez baixa
	Itariri	Único município da região que não é contemplado pelo Consórcio CONSAUDE
Itapeva	Itapeva	Sede da região de saúde
	Bom Sucesso de Itararé	Único município da região identificado no Índice de Escassez – escassez moderada – e não possui médico residente
	Itapirapuã Paulista	Localiza-se a mais de duas horas da sede e não possui médico residente.
	Itaberá	Devido às condições climáticas (muita chuva associada à estrada não pavimentada), não foi possível visitar o município de Itapirapuã Paulista, que foi substituído por Itaberá – município de porte similar.
	Ribeirão Branco	Município com 17 mil habitantes, com apenas um hospital geral e 29 vínculos de médicos.
Vale do Jurumirim	Avaré	Sede da região de saúde
	Tejupá	Único município da região identificado no Índice de Escassez – escassez moderada – e não possui médico residente
	Águas de Santa Bárbara	Não possui estabelecimento hospitalar e não tem médico residente
	Piraju	Município de pequeno porte, com uma grande variedade de serviços de saúde.
Litoral Norte	Caraguatatuba Ubatuba São Sebastião Ilha Bela	A Região de Saúde Litoral Norte conta com apenas quatro municípios, o que significou a seleção automática de todos.
RM Campinas	Campinas Santa Bárbara d'Oeste Engenheiro Coelho Indaiatuba	Sede da região de saúde Único município da região identificado no Índice de Escassez – traços de escassez Município mais distante da sede e não possui nenhum estabelecimento hospitalar. Possui estabelecimento hospitalar que apresenta programa de residência médica.

Fonte: Elaboração própria.

Seleção dos entrevistados

Para a seleção dos entrevistados realizou-se, inicialmente, uma análise prévia do arranjo de mercado de trabalho local através do CNES, de junho de 2016. A análise se deu através de uma matriz composta por variáveis identificadoras de vínculos dos profissionais e dos estabelecimentos de saúde. Foram selecionados os Secretários Municipais de Saúde, diretores e gerentes de serviços de saúde e profissionais médicos da Atenção Primária e especializada nos municípios selecionados.

Deste modo, para a composição da matriz de seleção dos atores e estabelecimentos, utilizaram-se as seguintes variáveis do CNES:

- Tipo de estabelecimento: identifica se o profissional tem vínculo em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Hospital, Pronto Socorro/Pronto Atendimento, Unidade Especializada;
- Tipo de vínculo: identifica qual o tipo de vínculo do profissional (Estatutário, Empregado Público, Comissionado, Celetista, Temporário, Autônomo, pessoa física/pessoa jurídica, Cooperado);
- Natureza Jurídica do estabelecimento (Pública – federal, estadual, municipal, outros; Privada - lucrativa, não lucrativa);
- CBO da especialidade médica: identifica qual a especialidade médica que o profissional tem como exercício no estabelecimento.

A seleção dos médicos na atenção especializada e terciária por meio do CNES foi estratificada segundo o tipo de estabelecimento, tipo de vínculo, especialidade médica e natureza jurídica do estabelecimento. Deste modo, foram selecionados profissionais em cada um dos seguintes arranjos: (i) unidade especializada pública; (ii) unidade especializada privada com ou sem vínculo SUS; (iii) hospitais públicos; (iv) hospitais privados com ou sem vínculo SUS; (v) hospitais privados não lucrativos com ou sem vínculo SUS. Além disso, deu-se preferência a indivíduos com maior número de vínculos registrados em diferentes especialidades médicas e que atuavam em mais de um município. Para os médicos na Atenção Primária, foram selecionadas uma ou mais UBS em cada município visitado. O critério de seleção foi a distância das unidades em relação ao centro do município, bem como a carência do local/bairro e/ou escassez de médicos. Os agendamentos foram realizados via telefone ou e-mail com os atores selecionados, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Aqueles cujo contato não foi efetivado até a data de execução do campo foram visitados durante horário comercial ou substituídos por outros profissionais, enquadrados no mesmo critério de elegibilidade.

Instrumento e análise das entrevistas

Foram elaborados roteiros semiestruturados para as entrevistas em profundidade. O roteiro para a entrevista com os médicos abrange a trajetória profissional, motivações, expectativas, rotina profissional, aspectos do trabalho e aspectos relacionados ao município. Os demais roteiros, de uma maneira geral, com pequenas variações, versavam sobre os arranjos de trabalho utilizados pelo município/estabelecimento, formas de contratação dos profissionais, remuneração, dificuldades de contratação, características do município/estabelecimento para atração/fixação dos profissionais, estratégias utilizadas para atrair e fixar profissionais, entre outros aspectos (ver instrumentos no APÊNDICE D).

Uma equipe de 12 pesquisadores foi treinada para realizar as entrevistas, que foram gravadas com autorização dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (disponível no APÊNDICE E). Após as transcrições das entrevistas, as mesmas foram analisadas procurando identificar os principais fatores de atração e ou fixação de médicos nas regiões de saúde estudadas, utilizando a técnica da análise de conteúdo (Bardin, 1977). Com base nesta referência metodológica, os dados foram categorizados buscando complementar os dados secundários levantados e identificar os atributos ocupacionais e respectivos níveis que posteriormente foram utilizados para aprimoramento do instrumento do DCE.

As entrevistas ocorreram entre os meses de dezembro de 2016 e fevereiro de 2017. Foram realizadas 123 entrevistas em 20 municípios, sendo entrevistados 20 gestores municipais, 02 gestores regionais, 35 gestores de unidades de saúde, 64 médicos – sendo 16 da atenção primária em saúde e 48 das atenções secundária e terciária –, um diretor de consórcio intermunicipal e uma cooperativa médica (Tabela 5). Os detalhes sobre a logística do campo, com os mapas de localização dos municípios visitados podem ser consultados no APÊNDICE F.

Adicionalmente, foi realizado o levantamento do perfil sociodemográfico e da oferta de serviços de saúde dos municípios visitados, possibilitando uma aproximação e um mapeamento mais amplo destes serviços. As bases de dados utilizadas foram as mesmas já citadas anteriormente. O resultado desse levantamento pode ser visto do APÊNDICE G.

Tabela 5 – Relação de entrevistas - Trabalhos de campo do estado de São Paulo, 2016/2017.

Entrevistados	Vale do Ribeira	Itapeva	Vale do Jurumirim	Litoral Norte	RM Cam- pinas	Total
Médicos da APS	4	3	1	4	6	18
Médicos da atenção secundária ou terciária	8	9	8	7	13	45
Gestores municipais de saúde	4	5	5	4	3	21
Gestor regional de saúde	2	0	0	0	0	2
Gestores de unidades de saúde	5	6	3	8	9	31
Diretores de consórcio inter-municipal	1	0	0	0	0	1
Cooperativa médica	0	0	1	0	0	1
Total	24	23	18	23	31	119

Fonte: Elaboração própria.

1.5. Estudo de preferência declarada

Buscando a proposição da estratégia de intervenção para atração e fixação de médicos foi realizado um estudo ou experimento de preferência declarada, ou como tem sido chamado na literatura internacional, *Discrete Choice Experiment* – DCE (Mangham et al., 2007; Vujicic et al., 2010a). O DCE é uma técnica quantitativa para eleger preferências declaradas, permitindo descobrir como indivíduos dão valor a determinados atributos de um produto, bem ou serviço, quando perguntados no sentido de escolher entre diferentes alternativas hipotéticas sobre as características deste item (Kroes e Sheldon, 1988; Souza, 1999). Os DCE têm sido aplicados em alguns países desenvolvidos para uma faixa de decisões em relação às políticas de saúde, planejamento e alocação de recursos. São raros, embora em crescente número, estudos desse tipo em países pobres, menos desenvolvidos². No Brasil, o DCE foi aplicado em dois estudos, sendo um com estudantes de medicina no estado de Minas Gerais (Girardi et al., 2012) e outro com médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas em todo o país (Girardi et al., 2013).

No campo do planejamento e gestão do trabalho em saúde, o método pode ser usado para avaliar preferências dos profissionais sobre diferentes tipos de “empregos” ou posições de trabalho, consideradas em conjunto as diversas combinações de atributos do posto de tra-

² Chomitz et. al., 1998; Penn-Kekana et. al., 2005; Mangham, 2007; Hanson e Jack, 2008; Koldstad, 2010; Kruk et. al., 2010; Blaauw et. al., 2010; Vujicic et. al., 2010b; Vujicic et. al., 2010c.

balho, a exemplo da localidade do exercício, remuneração, carga efetiva de trabalho, entre outros. Nesse sentido, os DCE fornecem informação sobre como os indivíduos estão dispostos a “trocar” um atributo da ocupação pelo outro, possibilitando quantificar o quanto de um incentivo particular é necessário para fazer com que um profissional da saúde aceite trabalhar em uma área de necessidade. Essa informação é extremamente útil para o planejamento e a gestão dos recursos humanos em saúde, pois combinando a importância de um atributo da ocupação particular com o seu respectivo custo, obtém-se um quadro do custo-benefício de políticas de planejamento específicas.

Nesta proposta, o objetivo foi realizar um DCE sobre os fatores de atração e retenção de médicos em áreas geográficas estratégicas do estado de São Paulo. Para tanto, o experimento submeteu aos participantes diversos cenários ocupacionais, isto é, alternativas de emprego. Dessa forma, objetivou-se identificar incentivos atrelados ao emprego que poderiam atrair e reter médicos em áreas com maior necessidade e ou nos serviços de saúde a serem implementados. O experimento foi realizado na semana de 2 a 6 de outubro de 2017 e contou com 510 respostas de médicos de todo o Brasil. Mais detalhes sobre o desenho do experimento e os resultados são apresentados no capítulo 5.

Quadro geral de participantes da pesquisa

O quadro 3 apresenta um dimensionamento global dos participantes da pesquisa. Ao todo, 1.303 pessoas participaram através de entrevistas ou por meio do instrumento do DCE. Destes, 1.148 são médicos, sendo que 582 foram entrevistados por meio da ETAC, 56 foram entrevistados *in loco* (18 em serviços de atenção primária e 38 em serviços de atenção especializada) e 510 responderam ao experimento de preferência declarada. Pelo lado dos agentes contratantes, foram 155 participantes, assim divididos: 55 das secretarias municipais e 37 dos hospitais que responderam à ETAC e 63 que foram entrevistados no trabalho de campo (41 em serviços públicos e 22 em privados).

Quadro 3 – Participantes do estudo em cada atividade.

Atividade	Médicos	Agentes contratantes	Total
Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC)	582	92 (55 SMS, 37 hospitais)	674
Trabalho de campo (entrevistas em profundidade)	56 (18 APS, 38 AES)	63 (41 públicos, 22 privados)	119
Discrete Choice Experiment (DCE)	510	-	510
Total	1.148	155	1.303

Fonte: Elaboração própria.

2. Arranjos dos mercados de trabalho médico e perfil da força de trabalho

Este capítulo representa uma síntese analítica do amplo arsenal de informações coletadas para análise dos arranjos dos mercados de trabalho dos médicos atuantes nas cinco regiões do estudo. As fontes utilizadas (conforme descrito na metodologia) foram: o (i) *Cadastro Nacional de Especialidades Médicas (CNEM)* de 2015 relativo ao quantitativo de médicos, perfil demográfico e titulação em especialidades; o (ii) *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)* de junho de 2016 relativo ao quantitativo de profissionais atuantes, inserção no mercado de trabalho dos serviços de saúde, exercício de especialidades, estrutura dos serviços de saúde da região e arranjos de contratação da força de trabalho; e a (iii) *Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)* de 2015 relativa ao perfil econômico da região, inserção dos médicos do mercado de trabalho formal e salários. Adicionalmente, foram utilizadas as informações coletadas na ETAC com agentes contratantes, referente aos dados de recrutamento, arranjos contratuais, dificuldade de contratação e salários nas Secretarias Municipais de Saúde e hospitais privados³.

2.1. Estrutura dos serviços de saúde

Perfil econômico da região

A caracterização do perfil econômico das regiões é relevante no sentido de compreender o espaço onde a atividade econômica da saúde ocorre, na medida em que regiões mais desenvolvidas tendem a oferecer serviços de saúde mais complexos e a concentrar a força de trabalho médica. O quadro 4 lista quais atividades econômicas estão concentradas por região, o que foi identificado por meio do Quociente Locacional (QL) dos estabelecimentos e empregos, segundo a RAIS de 2014. O QL é obtido através da relação entre a proporção de estabelecimentos/empregos de uma atividade em relação ao total de estabelecimentos/empregos em uma região, e a mesma proporção no Brasil⁴.

De maneira geral as regiões têm o seguinte perfil:

³ Tabelas e gráficos complementares podem ser consultados no Apêndice A.

⁴ As tabelas detalhadas e análise descritiva dos valores dos Quocientes Locacionais por atividade econômica podem ser consultados no Apêndice B.

- Vale do Ribeira: concentração de atividades econômicas primárias, sobretudo em cultivo de frutas e plantas de lavoura permanente, cultivo de flores ornamentais, aquicultura em água doce e pesca em água salgada. Na indústria se destacam a fabricação de conservas de legumes e de tintas de impressão.
- Itapeva: concentração de atividades econômicas primárias, com destaque para cultivo de plantas e oleaginosas de lavoura temporária, algodão herbáceo e cereais, produção florestal (florestas plantadas e nativas), indústria extrativa mineral, comércio atacadista de madeira e fabricação de cimento.
- Vale do Jurumirim: concentração de atividades econômicas primárias, especialmente cultivo de algodão herbáceo, café, laranja, cereais e cana de açúcar e criação de bovinos. Na indústria, destaque para atividades de fabricação de álcool, instrumentos musicais e confecção de peças do vestuário. Também se concentram na região o comércio atacadista de café em grão.
- Litoral Norte: concentração de atividades econômicas na área de transportes aquaviários e dutoviário, navegação de apoio e manutenção e reparação de embarcações. Destaque também para atividades ligadas ao turismo (hotéis e similares, condomínios prediais e restaurantes).
- Região Metropolitana de Campinas: concentração de atividades da indústria têxtil (tecelagem de fios e fibras naturais, artificiais e sintéticas, fabricação de linhas e máquinas e equipamentos para indústria têxtil) e automobilística (fabricação de catalisadores, peças e acessórios para o sistema motor de veículos, pneumáticos e câmaras de ar, automóveis, caminhonetes, utilitários, locomotivas e vagões). Destacam-se também as atividades de cultivo de flores ornamentais e de transporte aéreo de carga.

Quadro 4 – Perfil da economia formal por região.

Região	Atividades predominantes segundo o QL*
Vale do Ribeira	Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva Fabricação de Conservas de Legumes e Outros Vegetais Cultivo de Flores e Plantas Ornamentais Cultivo de Plantas de Lavoura Permanente, não especificadas anteriormente Aquicultura em água Doce Fabricação de Tintas de Impressão Atividades de Apoio à Agricultura Pesca em água Salgada
Itapeva	Cultivo de Plantas de Lavoura Temporária Cultivo de Algodão Herbáceo e de Outras Fibras de Lavoura Temporária Comércio Atacadista de Madeira e Produtos Derivados Produção Florestal - Florestas Plantadas Atividades de Apoio à Produção Florestal Fabricação de Cimento Extração de Minerais Não-Metálicos Produção Florestal - Florestas Nativas Cultivo de Oleaginosas de Lavoura Temporária, Exceto Soja Cultivo de Cereais
Vale do Jurumirim	Cultivo de Algodão Herbáceo e de Outras Fibras de Lavoura Temporária Fabricação de álcool Fabricação de Instrumentos Musicais Cultivo de Café , Laranja, Cerais e Cana de açúcar Criação de Bovinos Comércio Atacadista de Café em Grão Representantes Comerciais de Matérias-Primas Agrícolas e Animais Vivos Confecção de Peças do Vestuário, Exceto Roupas íntimas
Litoral Norte	Atividades Auxiliares dos Transportes Aquaviários Transportes Aquaviários Navegação de Apoio Transporte Dutoviário Outros Tipos de Alojamento não especificados anteriormente Manutenção e reparação de embarcações Hotéis e similares Condomínios prediais Restaurantes e outros estabelecimentos de serviços de alimentação e bebidas

(continua)

Região	Atividades predominantes segundo o QL*
RM de Campinas	Tecelagem de Fios de Fibras Artificiais e Sintéticas Fabricação de Catalisadores Tecel. de Fios de Fibras Têxteis Naturais, Exceto Algodão Fabricação de Locomotivas, Vagões e Outros Materiais Rodantes Fabricação de Linhas para Costurar e Bordar Fiação de Fibras Artificiais e Sintéticas Fabricação de Máquinas e Equipamentos para a Indústria Têxtil Cultivo de Flores e Plantas Ornamentais Fabricação de Peças e Acessórios para O Sistema Motor de Veículos Automotores Fabricação de Automóveis, Camionetas e Utilitários Fabricação de Pneumáticos e de Câmaras-De-Ar Transporte Aéreo de Carga

Fonte: elaboração própria a partir da RAIS 2014.

*Obtido através da relação entre a proporção de estabelecimentos/empregos de uma atividade específica em relação ao total de estabelecimentos/empregos em uma região, e a mesma proporção no Brasil.

Características gerais do mercado de trabalho médico

No Vale do Ribeira, havia 763 vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde em junho de 2016, com uma razão de 1,7 vínculos por profissional. Com uma carga horária média dos vínculos de 21 horas semanais, o número de médicos ETI somava 408, perfazendo uma razão de 1,4 médicos por 1.000 habitantes (tabela 6). Em dezembro de 2015, havia 297 vínculos formais de emprego de médicos, sendo 72,4% no setor público, 31,6% ocupados por mulheres e 21,9% do tipo estatutário. Os empregos tinham uma média de 27,6 horas semanais e duração média de 6,0 anos (tabela 7).

Em Itapeva, havia 935 vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde em junho de 2016, com uma razão de 2,9 vínculos por profissional. Com uma carga horária média dos vínculos de 12 horas semanais, o número de médicos ETI somava 298, perfazendo uma razão de 1,1 médicos por 1.000 habitantes (tabela 6). Em dezembro de 2015, havia 91 vínculos formais de emprego de médicos, sendo 61,5% no setor público, 29,6% ocupados por mulheres e 56,0% do tipo estatutário. Os empregos tinham uma média de 27 horas semanais e duração média de 8,4 anos (tabela 7).

No Vale do Jurumirim, em junho de 2016, havia 1.052 vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde, com uma razão de 3,0 vínculos por profissional. Com uma carga horária

média dos vínculos de 12 horas semanais, o número de médicos ETI somava 309, perfazendo uma razão de 1 médico por 1.000 habitantes (tabela 6). Em dezembro de 2015, havia 149 vínculos formais de emprego de médicos, sendo 71,1% no setor público, 30,2% ocupados por mulheres e 61,1% do tipo estatutário. Os empregos tinham uma média de 24,9 horas semanais e duração média de 9,7 anos (tabela 7).

Na região do Litoral Norte, havia 1.348 vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde em junho de 2016, com uma razão de 2,2 vínculos por profissional. Com uma carga horária média dos vínculos de 15 horas semanais, o número de médicos ETI somava 519, perfazendo uma razão de 1,6 médicos por 1.000 habitantes (tabela 6). Em dezembro de 2015, havia 157 vínculos formais de emprego de médicos, sendo 54,1% no setor público, 43,3% ocupados por mulheres e 46,5% do tipo estatutário. Os empregos tinham uma média de 34,4 horas semanais e duração média de 9,6 anos (tabela 7).

Na Região Metropolitana de Campinas, havia 23.684 vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde em junho de 2016, com uma razão de 2,4 vínculos por profissional. Com uma carga horária média dos vínculos de 15 horas semanais, o número de médicos ETI somava 9.080, perfazendo uma razão de 2,9 médicos por 1.000 habitantes (tabela 6). Em dezembro de 2015, havia 5.794 vínculos formais de emprego de médicos, sendo 63,8% no setor público, 48,3% ocupados por mulheres e 53,1% do tipo estatutário. Os empregos tinham uma média de 25,4 horas semanais e duração média de 8,4 anos (tabela 7).

Tabela 6 – Indicadores gerais de inserção da força de trabalho médica em serviços de saúde – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.

	VR	ITA	VJ	LN	RMC	SP	BRA
Nº de vínculos em estabelecimentos de saúde	763	935	1.052	1.348	23.684	287.263	994.227
Nº de médicos*	449	320	349	614	9.892	106.362	356.126
Razão de vínculo por médico	1,7	2,9	3,0	2,2	2,4	2,7	2,8
Nº de médicos equivalente de tempo integral (ETI)**	408	298	309	519	9.080	110.562	393.995
Razão de médicos, em ETI**, por 1.000 habitantes	1,4	1,1	1,0	1,6	2,9	2,5	1,9
Carga horária média	21	12	12	15	15	15	16
% de trabalho protegido***	42,1	20,2	19,4	35,8	28,1	26,9	24,8
% de vínculos em estabelecimentos públicos	74,8	45,6	38,8	39,2	35,0	40,3	41,5
% de vínculos em estabelecimentos de APS****	30,0	16,5	26,3	16,2	8,6	9,7	10,8

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES de junho de 2016.

*Profissionais médicos com pelo menos um vínculo de trabalho na localidade correspondente no registro do CNES de junho de 2016.

**Equivalente de Tempo Integral = cada 40 horas semanais de trabalho corresponde a um médico.

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

****Proporção de vínculos em estabelecimentos do tipo Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde e Unidade Mista.

Tabela 7 – Indicadores gerais de inserção da força de trabalho médica no mercado de trabalho formal – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.

	VR	ITA	VJ	LN	RMC	SP	BRA
Nº de vínculos ativos em 31/12	297	91	149	157	5.794	77.597	272.507
% de vínculos no setor público	72,4	61,5	71,1	54,1	63,8	60,0	69,7
% de vínculos ocupados por mulheres	31,6	29,6	30,2	43,3	48,3	43,9	45,1
% de vínculos do tipo estatutário	21,9	56,0	61,1	46,5	53,1	44,0	57,8
Média de horas semanais contratadas	27,5	27,0	24,9	34,4	25,4	22,0	26,0
Tempo médio do emprego, em anos	6,0	8,4	9,7	9,6	8,4	10,1	9,6

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RAIS 2015.

Serviços de Atenção Primária em Saúde

Segundo a tabela 8, os municípios do Vale do Ribeira contam com 94 Unidades Básicas de Saúde, com 143 médicos (em ETI), sendo que 58,7% se ocupa em equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o restante na atenção primária convencional. A oferta de médicos é a maior entre as 5 regiões do estudo, com 1,51 médicos para cada 3 mil habitantes. Os médicos da APS representam 35,0% do total de profissionais atuantes na região. Os municípios de Cananéia, Iporanga e Pedro Toledo possuem apenas serviços de APS.

Os municípios da região Itapeva têm 78 Unidades Básicas de Saúde, com 90 médicos (em ETI), sendo que 76,0% se ocupa na ESF (a maior proporção entre as 5 regiões) e o restante na atenção primária convencional. A razão de médicos por 3 mil habitantes está próxima à média do país, de 0,96. A proporção de médicos que trabalha na APS, em relação ao total, é de 30,2%. Os municípios de Barra do Chapéu, Bom Sucesso do Itararé, Itaóca, Itapirapuã Paulista, Ribeira e Riversul possuem apenas serviços de APS.

O Vale do Jurumirim possui 85 Unidades Básicas de Saúde, com 134 médicos (em ETI), sendo que 50,9% se ocupa na ESF (a menor proporção entre as 5 regiões) e o restante na atenção primária convencional. Tem uma razão de 1,35 médicos por 3 mil habitantes, a qual está acima da razão nacional. A proporção de médicos que trabalha na APS, em relação ao total, é a maior entre as 5 regiões (43,4%). Os municípios de Águas de Santa Bárbara, Barão de Antônio, Coronel Macedo, Iaras, Sarutaiá e Tejupá possuem apenas serviços de APS.

Os quatro municípios do Litoral Norte contam com 59 Unidades Básicas de Saúde, com 126 médicos (em ETI), sendo que 69,5% se ocupa na ESF e 30,5% na atenção primária convencional. Tem uma razão de 1,19 médicos por 3 mil habitantes, a qual está acima da razão nacional. Ainda assim, a proporção de médicos que trabalha na APS, em relação ao total de profissionais, está abaixo da média das regiões, mas próximo à média do país (24,3%).

Por fim, os municípios da RM de Campinas possuem, ao todo, 300 Unidades Básicas de Saúde, com 1.067 médicos (em ETI), sendo que 53,3% se ocupa na ESF e 46,7% na atenção primária convencional. A razão de médicos por 3 mil habitantes está na média do país, de 1,02. A proporção de médicos que trabalha na APS, em relação ao total, é a menor de 11,8%, muito próxima a do estado de São Paulo.

Tabela 8 – Indicadores gerais da estrutura de serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.

	VR	ITA	VJ	LN	RMC	SP	BRA
Nº de estabelecimentos da APS*	94	78	85	59	300	4.825	38.889
Nº de médicos da APS, em ETI**	143	90	134	126	1.067	13.908	69.619
% na Estratégia de Saúde da Família	58,7	76,0	50,9	69,5	53,3	45,3	64,4
% na APS convencional	41,3	24,0	49,1	30,5	46,7	54,7	35,6
Razão de médicos da APS, em ETI, por 3000 mil hab.	1,51	0,96	1,35	1,19	1,02	0,93	1,02
% de médicos da APS, em ETI, em relação ao total	35,0	30,2	43,4	24,3	11,8	12,6	17,7

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES de junho de 2016.

*Estabelecimentos do tipo Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde e Unidade Mista.

**Equivalente de Tempo Integral na APS = Cada 40 horas semanais de trabalho em estabelecimentos de APS corresponde a um médico.

Serviços de Atenção Especializada no SUS (hospitais e unidades especializadas)

Segundo a tabela 9, a atenção especializada do SUS da região Vale do Ribeira é composta de 13 unidades públicas, sendo as principais o Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua (gerida pelo CONSAUDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira e Litoral Sul) e o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) (gerida pela OS Cruzada Bandeirante), ambos localizados em Pariquera-Açu. Possui apenas uma unidade privada não lucrativa conveniada ao SUS, que é o Hospital São João Registro (gerida pela APAMIR - Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e Infância de Registro). Em todas as 14 unidades há um total de 154 médicos (em ETI) que atendem pelo SUS, sendo 80,4% nas unidades públicas e 19,6% na unidade privada.

A região de Itapeva possui 21 unidades públicas, sendo a principal o AME de Itapeva (gerida pela Santa Casa de Misericórdia de Itapeva). Possui 6 unidades privadas não lucrativas conveniadas (as principais são as Santas Casas de Itapeva e Itararé) e 2 unidades privadas lucrativas conveniadas (que são unidades especializadas de pequeno porte). Em todas as 29 unidades há um total de 137 médicos (em ETI) que atendem ao SUS, sendo 29,7% nas unidades públicas, 70% nas privadas não lucrativas e 1,5% nas privadas lucrativas.

A região do Vale do Jurumirim possui 7 unidades públicas (todas de pequeno porte), 8 privadas não lucrativas conveniadas (sendo as principais as Santas Casas de Avaré, Piraju e Taquarituba, seguidas das Santas Casas de Fartura, Taguaí e Cerqueira César) e 3 privadas (unidades especializadas de pequeno porte). As 18 unidades somam 133 médicos (em ETI) atendendo pelo SUS, sendo 15,4% em unidades públicas, 82,2% em privadas não lucrativas e 2,4 em privadas lucrativas. A região possui um AME construído em Avaré, mas as atividades ainda não se iniciaram.

Os municípios do Litoral Norte têm 16 unidades públicas especializadas que atendem ao SUS, sendo uma de médio porte e o restante de pequeno porte. A unidade de médio porte é o AME de Caraguatatuba (gerida pelo Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo – SECONCI-SP). São 4 unidades lucrativas conveniadas (de pequeno porte) e 5 unidades não lucrativas (sendo as principais o Hospital de Clínicas de São Sebastião, a Casa de Saúde Stella Maris de Caraguatatuba, o Hospital Mario Covas Júnior de Ilha Bela e a Santa Casa de Ubatuba). As 25 unidades somam 231 médicos (em ETI) atendendo pelo SUS, sendo 26,8% em unidades públicas, 71,6% em privadas não lucrativas e 1,6 em privadas lucrativas.

A RM de Campinas possui a maior e mais complexa estrutura de atendimento especializado no SUS, com 116 unidades públicas e 77 privadas (42 lucrativas e 35 não lucrativas). A maioria é de pequeno e médio porte, mas 4 hospitais se destacam, a saber, o Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (que é uma Autarquia Estadual), o Hospital Municipal Dr. Mário Gatti e o Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Rossi, ambos da Prefeitura de Campinas, e o Hospital Estadual de Sumaré (que é órgão do Poder Executivo Estadual). Também se destacam o Hospital Municipal de Paulínia, o Hospital Municipal Dr. Waldemar Tebaldi de Americana e o Hospital Municipal Dr. Acilio Carreon Garcia de Nova Odessa. A região possui ainda o AME de Santa Bárbara d'Oeste (gerida através de convênio entre a UNICAMP e a Secretaria de Estado da Saúde por meio de aditivo ao contrato de gestão do Hospital Estadual de Sumaré). As unidades privadas se concentram principalmente em Campinas, Valinhos, Americana e Indaiatuba. Entre as unidades privadas lucrativas conveniadas ao SUS se destacam o Hospital e Maternidade Galileo de Valinhos e o Hospital Geral e Maternidade Madre Maria Theodora de Campinas. Entre as unidades privadas não lucrativas, o Hospital e Maternidade Celso Pierro de Campinas, o Hospital Augusto de Oliveira Camargo de Indaiatuba, a Santa Casa de Misericórdia de Valinhos e o Hospital São Francisco de Americana. Dos 4.309 médicos (Em ETI) atendendo pelo SUS neste locais, 70,9% estão em unidades públicas, 28,1% nas privadas não lucrativas e 1% nas privadas lucrativas.

Tabela 9 – Indicadores gerais da estrutura de serviços especializados do SUS (hospitais e unidades especializadas públicas e privadas conveniadas) – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.

	VR	ITA	VJ	LN	RMC	SP	BRA
Nº de unidades públicas	13	21	7	16	116	1.584	8.804
Nº de unidades privadas não lucrativas conveniadas	1	6	8	4	35	560	2.978
Nº de unidades privadas lucrativas conveniadas	0	2	3	5	42	404	4.719
Nº de médicos, em ETI, que atendem ao SUS*	154	137	133	231	4.309	59.670	203.472
% em unidades públicas	80,4	29,7	15,4	26,8	70,9	60,3	64,1
% em unidades privadas não lucrativas	19,6	70,0	82,2	71,6	28,1	38,5	30,6
% em unidades privadas lucrativas	0,0	1,5	2,4	1,6	1,0	1,2	5,3

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES de junho de 2016.

*Equivalente de Tempo Integral no SUS = Cada 40 horas semanais de trabalho em hospitais e unidades especializadas atendendo pelo SUS (seja em estabelecimentos públicos ou privados conveniados) corresponde a um médico.

Mercado privado

Segundo a tabela 10, o mercado privado da região Vale do Ribeira é composto por 2 unidades hospitalares, 9 unidades ambulatoriais e 6 Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT). Estas unidades somam 74 médicos (em ETI). Do total da carga horária médica, 49,7% é de atendimento particular e convênios e o restante é pelo SUS. É a região com a menor disponibilidade de consultórios privados, um total de 46, perfazendo uma média de 9,76 consultórios por médico (a maior entre as regiões). Estes consultórios estão localizados principalmente em Registro e Cajati.

Em Itapeva há 3 unidades hospitalares, 29 ambulatoriais e 3 SADT, as quais totalizam 130 médicos (em ETI). De toda a carga horária médica nestes estabelecimentos, apenas 25,1% é de atendimento particular e convênios e 74,9% pelo SUS. Em média, há um consultório privado para cada 3,9 médicos atuantes na região, o que totaliza 82 unidades, os quais se localizam principalmente em Itapeva, Itararé e Apiaí, que são os únicos municípios da região com hospitais.

O mercado privado dos municípios do Vale do Jurumirim somam 8 unidades hospitalares, 9 ambulatoriais e 9 SADT, as quais totalizam 133 médicos (em ETI). A carga horária médica de atendimento ao SUS nestas unidades representa 87,7% do total, e a de atendimento parti-

cular e convênio 12,3%. Em média, há um consultório privado para cada 3,03 médicos atuantes na região, menor valor encontrado entre as regiões. São 115 consultórios localizados principalmente em Avaré, Piraju e Fartura.

A região Litoral Norte é composta de 7 unidades hospitalares, 24 ambulatoriais e 13 SADT, as quais totalizam 278 médicos (em ETI). A carga horária médica de atendimento ao SUS nestas unidades representa 64,3% do total, e a de atendimento particular e convênio, 35,7%. Em média, há um consultório privado para cada 6,27 médicos atuantes na região, valor acima da média estadual e nacional. São 98 consultórios: 48 em São Sebastião, 35 em Caraguatatuba, 13 em Ubatuba e 2 em Ilha Bela.

Por fim, a RM de Campinas tem um mercado privado com 64 unidades hospitalares, 538 ambulatoriais e 207 SADT, as quais totalizam 4.396 médicos (em ETI). Em contraposição às demais regiões, a maioria da carga horária médica disponível em unidades privadas é de atendimento particular e convênios, mais precisamente 69,9%. Em média, há um consultório privado para cada 6,02 médicos atuantes na região, valor acima da média estadual e nacional. São 1.644 consultórios, localizados principalmente em Campinas, Americana, Indaiatuba e Valinhos.

Tabela 10 – Indicadores gerais da estrutura do mercado privado – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.

	VR	ITA	VJ	LN	RMC	SP	BRA
Nº de unidades hospitalares privadas	2	3	8	7	64	832	4.244
Nº de unidades ambulatoriais privadas	9	29	9	24	538	6.736	26.676
Nº de SADT privadas	6	3	9	13	207	1.868	7.318
Nº de médicos, em ETI, em unidades privadas*	74	130	133	278	4.396	54.262	169.707
% da carga horária médica não SUS	49,7	25,1	12,3	35,7	69,9	54,7	52,4
Nº de consultórios particulares	46	82	115	98	1.644	20.983	68.356
Razão de médicos por consultório particular**	9,76	3,9	3,03	6,27	6,02	5,07	5,21

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES de junho de 2016.

*Equivalente de Tempo Integral no setor privado = Cada 40 horas semanais de trabalho em estabelecimentos privados (lucrativos e não lucrativos) corresponde a um médico.

**Razão entre o número de médicos atuantes na região e o número de consultórios privados. Não deve ser confundido com o número médio de profissionais por consultório.

2.2. Perfil da força de trabalho

Quantitativo e perfil da força de trabalho médica através de dados secundários

A tabela 11 apresenta o dimensionamento do número de médicos e alguns indicadores de perfil demográfico e de formação a partir de dados do CNES de junho de 2016 e do CNEM de 2015⁵. Os dados sugerem que na região Vale do Ribeira, em junho de 2016, havia 449 médicos atuantes. É a região com a menor proporção de profissionais com moradia em municípios da própria região (49%) e com naturalidade no estado de São Paulo (48,3%). Apenas 10,9% são naturais de municípios da região e 31% se formaram no estado. A maioria dos médicos é do sexo masculino, especificamente 61,9% do total, com concentração nas faixas etárias entre 30 e 59 anos. Na faixa etária de 30 a 34 anos, as mulheres constituíam maioria. Do total de médicos, 75,1% possuíam inscrição primária no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), a menor proporção entre as regiões. Trata-se, portanto, de um perfil que sugere maiores dificuldade de atração e fixação para a região.

Na região Itapeva, em junho de 2016, havia 320 médicos atuantes, sendo 61,6% com moradia em municípios da própria região, 55,6% com naturalidade no estado de São Paulo, 16,6% com naturalidade em municípios da região e 33,4% que se graduaram no estado. É a região com menor participação de médicos do sexo feminino, 25,6% do total. Em termos de idade se concentram nas faixas etárias entre 30 e 39 anos e 55 e 64 anos, para homens, e entre 35 e 49 anos, para mulheres. Em nenhuma faixa etária, as mulheres se constituíam em maioria. Do total de médicos atuantes em Itapeva, 76,9% possuíam inscrição primária no CREMESP. Também é um perfil que aponta para maiores dificuldades de atração e fixação para a região, embora a situação seja uma pouco melhor do que a do Vale do Ribeira.

No Vale do Jurumirim, havia 349 médicos atuantes em junho de 2016. É a região com a maior proporção de médicos naturais do estado de São Paulo (71,3%) e naturais de municípios da região (28,4%), e com uma das maiores proporções de médicos que moram na localidade (69,6%). A maioria se graduou no estado (51,6%). Também é a região com forte participação masculina na força de trabalho (68,5%), com concentração nas faixas etárias entre 35 a 59 anos, para homens, e entre 25 e 39 anos, para mulheres. Do total de médicos atuantes no Vale do Jurumirim, 87,1% possuíam inscrição primária no CREMESP. Trata-se de um perfil que sugere algumas facilidades de atração e fixação, o que parece se relacionar com a origem dos profissionais.

⁵ As pirâmides etárias de cada região podem ser consultadas no Apêndice A.4 (figuras de 6 a 10).

O Litoral Norte contava com 614 médicos em junho de 2016, sendo 61,9% com moradia em municípios da própria região e 60,4% com naturalidade no estado de São Paulo. É a região com a menor proporção de naturais de municípios da região (4,6%). Apenas 42,5% se formaram no estado. A maioria dos médicos era do sexo masculino, especificamente 62,9% do total, com concentração nas faixas etárias entre 30 e 39 anos e 55 e 64 anos. As mulheres eram maioria na faixa etária entre 25 e 29 anos. Do total de médicos atuantes no Litoral Norte, 85,8% possuíam inscrição primária no CREMESP. Trata-se de um perfil que aponta para algumas facilidades de atração e fixação, sobretudo de médicos provenientes de outros estados.

Por fim, a Região Metropolitana de Campinas possuía 9.892 médicos atuantes em junho de 2016. Em comparação às demais regiões, é aquela com a maior presença de médicos naturais do estado de São Paulo (70,7%), que moram na região (72,1%) e que se graduaram no estado (61,2%). A maioria dos médicos era do sexo masculino, especificamente 55,5% do total, embora seja a região com a maior participação feminina. Em termos de idade é a população mais jovem, com concentração nas faixas etárias entre 25 e 39 anos. As mulheres eram maioria entre 25 e 34 anos. Do total de médicos atuantes na RM de Campinas, 92,1% possuíam inscrição primária no CREMESP, a maior proporção comparativamente às demais regiões. Trata-se de um perfil que sugere facilidades de atração e fixação, principalmente para médicos do estado de São Paulo, o que está relacionado, sobretudo, à estrutura de formação e mercado de trabalho disponível.

Tabela 11 – Dimensionamento do número de médicos e perfil demográfico e de formação, por região – São Paulo (regiões selecionadas), 2016.

	Vale do Ribeira (VR)		Itapeva (ITA)		Vale do Jurumirim (VJ)		Litoral Norte (LN)		Região Metro-politana de Campinas (RMC)		São Paulo (SP)		Brasil (BRA)	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nº de médicos*	449	100	320	100	349	100	614	100	9.892	100	106.362	100	356.126	100
Naturais do estado de São Paulo	217	48,3	178	55,6	249	71,3	371	60,4	6.996	70,7	68.528	64,4	80.136	22,5
Naturais de municípios da região	49	10,9	53	16,6	99	28,4	28	4,6	2.466	24,9	2.703	2,5	2.703	0,8
Graduados no estado São Paulo	139	31	107	33,4	180	51,6	261	42,5	6.052	61,2	59.722	56,1	66.227	18,6
C/ inscrição principal no CREMESP	337	75,1	246	76,9	304	87,1	527	85,8	9.110	92,1	96.422	90,7	98.891	27,8
Moradores de mun. da região	220	49	197	61,6	243	69,6	380	61,9	7.137	72,1	8.209	7,7	8.209	2,3
Titulados em especialidades	208	46,3	196	61,3	184	52,7	308	50,2	6.411	64,8	64.634	60,8	211.177	59,3
Do sexo feminino	171	38,1	82	25,6	110	31,5	228	37,1	4.402	44,5	46.087	43,3	153.680	43,2

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES de junho de 2016 e CNEM de 2016.

*Profissionais médicos com pelo menos um vínculo de trabalho na localidade correspondente no registro do CNES de junho de 2016.

Perfil da força de trabalho médica através de dados da ETAC

Complementando os dados secundários descritos anteriormente, as tabelas de 7 a 10 apresentam resultados da ETAC com médicos referente ao perfil demográfico e de formação. No que se refere ao sexo dos entrevistados, as entrevistas corroboram a análise anterior em relação às proporções encontradas no Vale do Ribeira, Itapeva e Litoral Norte. Nas regiões do Vale do Jurumirim e Metropolitana de Campinas, porém, os dados da ETAC sugerem uma proporção maior de mulheres, chegando a maioria dos casos, 58,3% e 65%, respectivamente (tabela 12). No que se refere a idade, outras diferenças foram encontradas, na medida em que a região de Campinas se apresentou mais envelhecida do que a força de trabalho representada nos dados secundários. Ademais, de maneira geral, as regiões de Itapeva, Campinas e Litoral Norte foram as que apresentaram médicos mais jovens, com a maioria dos profissionais com idade até 49 anos (55%, 56% e 62%, respectivamente). No Vale do Jurumirim, 54% dos médicos estavam acima dos 50 anos de idade, mas a proporção de profissionais com até 29 anos era a maior entre as regiões, 20,2% (tabela 13).

Algumas informações não disponíveis através dos dados secundários foram perguntadas nas entrevistas, como estado civil, se possui filhos e ano de formação. Em todas as regiões predominaram entrevistados casados ou em união estável, com percentuais variando de 60% em Itapeva a 72% no Litoral Norte. A maioria também informou ter filhos, com maiores proporções no Vale do Ribeira, Itapeva e Campinas. Entretanto, aqueles que possuem filhos em idade escolar não se constituiu a maioria, sendo que a maior proporção foi observada no Litoral Norte, 59,7% do total de médicos com filhos (tabela 12).

Tabela 12 – Número de médicos por sexo, estado civil e se possuem filhos, segundo região. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

	N	Sexo				Casado ou em união estável	Possui filhos				
		Feminino		Masculino			Sim		Em idade escolar		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%*
Vale do Ribeira	95	41	43,2	54	56,8	65	68,4	70	73,7	34	48,5
Itapeva	126	33	26,2	93	73,8	75	59,5	70	55,6	37	52,8
Jurumirim	84	49	58,3	35	41,7	54	64,3	57	67,9	12	21,0
Litoral Norte	117	40	34,2	77	65,8	84	71,8	87	74,4	52	59,7
RM Campinas	160	104	65,0	56	35,0	112	70,0	116	72,5	62	53,4
Total	582	267	45,9	315	54,1	390	67,0	400	68,7	197	49,2

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

*Calculada em relação ao número de médicos com filhos.

Tabela 13 – Número de médicos por faixa etária, segundo região. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Idade		Até 29 anos	De 30 a 39 anos	De 40 a 49 anos	De 50 a 59 anos	De 60 a 69 anos	70 anos ou mais	Total
Vale do Ribeira	n	15	6	26	28	17	3	95
	%	15,8	6,3	27,4	29,5	17,9	3,2	100,0
Itapeva	n	18	21	30	37	15	5	126
	%	14,3	16,7	23,8	29,4	11,9	4,0	100,0
Vale do Jurumirim	n	17	8	14	25	17	3	84
	%	20,2	9,5	16,7	29,8	20,2	3,6	100,0
Litoral Norte	n	12	22	38	16	21	8	117
	%	10,3	18,8	32,5	13,7	17,9	6,8	100,0
RM Campinas	n	5	30	55	49	21	0	160
	%	3,1	18,8	34,4	30,6	13,1	0,0	100,0
Total	n	67	87	163	155	91	19	582
	%	11,5	14,9	28,0	26,6	15,6	3,3	100,0

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Com exceção do Litoral Norte, mais da metade dos entrevistados nas demais regiões concluíram a graduação em medicina entre os anos de 1980 a 1999; no Litoral Norte, metade dos entrevistados graduou-se entre 1990 e 2009 (tabela 14). As regiões de saúde de Itapeva, Litoral Norte e a região metropolitana de Campinas são as que apresentaram o maior número de entrevistados graduados na região Sudeste, com percentuais variando entre 80 e 81,2%. São também as regiões que apresentam o maior número de médicos graduados no estado de São Paulo (tabela 15). O Vale do Jurumirim apresentou o menor número de médicos graduados no estado, 21,4%, mesmo percentual de médicos graduados no exterior, encontrados na região.

Tabela 14 – Número de médicos por ano de graduação, segundo região. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

		Até 1969	De 1970 a 1979	De 1980 a 1989	De 1990 a 1999	De 2000 a 2009	De 2010 a 2017	Total
Vale do Ribeira	n	0	12	24	32	9	18	95
	%	0,0	12,6	25,3	33,7	9,5	18,9	100,0
Itapeva	n	5	0	37	27	27	30	126
	%	4,0	0,0	29,4	21,4	21,4	23,8	100,0
Jurumirim	n	0	12	21	27	3	21	84
	%	0,0	14,3	25,0	32,1	3,6	25,0	100,0
Litoral Norte	n	4	18	17	26	32	20	117
	%	3,4	15,4	14,5	22,2	27,4	17,1	100,0
RM Campinas	n	3	10	36	65	24	22	160
	%	1,9	6,3	22,5	40,6	15,0	13,8	100,0
Total	n	12	52	135	177	95	111	582
	%	2,1	8,9	23,2	30,4	16,3	19,1	100,0

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Tabela 15 – Número de médicos por região geográfica de graduação, segundo região. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro- Oeste	Exterior	Total	SP
Vale do Ribeira	n	1	7	55	22	0	10	95	33
	%	1,0	7,3	57,8	23,2	0,0	10,5	100,0	34,7
Itapeva	n	0	0	102	5	0	19	126	68
	%	0,0	0,0	81,0	4,0	0,0	15,1	100,0	54,0
Jurumirim	n	6	6	39	15	0	18	84	18
	%	7,1	7,1	46,4	17,9	0,0	21,4	100,0	21,4
Litoral Norte	n	1	6	95	6	0	9	117	57
	%	0,9	5,1	81,2	5,1	0,0	7,7	100,0	48,7
RM Campinas	n	9	0	128	4	6	13	160	93
	%	5,6	0,0	80,0	2,5	3,8	8,1	100,0	58,1
Total	n	17	19	419	52	6	69	582	269
	%	2,9	3,3	72,0	8,9	1,0	11,9	100,0	46,2

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

A grande maioria dos médicos entrevistados, mais especificamente 82,6%, possui algum tipo de pós-graduação, sendo 72,2% de residência médica, 47,4% de especialização *lato sensu*, 6% de mestrado e 2,1% de doutorado (tabela 16). O Vale do Jurumirim foi a região com o menor percentual de médicos pós-graduados, 75%, sendo que 57% fizeram residência médica e 28,6% especialização. A região com o maior número de médicos com residência foi a metropolitana de Campinas, com 85%, e com especialização foi o Litoral Norte, com 67,5%.

Tabela 16 – Número de médicos que realizaram pós-graduação e tipo de pós-graduação, segundo região. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

	Possui pós-graduação	Residência	Especialização	Mestrado	Doutorado	Total
Vale do Ribeira	n 74	58	42	6	3	95
	% 77,9	61,1	44,2	6,3	3,2	100,0
Itapeva	n 100	99	53	1	0	126
	% 79,4	78,6	42,1	0,8	0,0	100,0
Jurumirim	n 63	48	24	9	0	84
	% 75,0	57,1	28,6	10,7	0,0	100,0
Litoral Norte	n 94	79	79	4	2	117
	% 80,3	67,5	67,5	3,4	1,7	100,0
RM Campinas	n 150	136	78	15	7	160
	% 93,8	85,0	48,8	9,4	4,4	100,0
Total	n 481	420	276	35	12	582
	% 82,6	72,2	47,4	6,0	2,1	100,0

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Do total de médicos que realizaram residência médica, 82,1% o fizeram na região Sudeste, sendo que 69,5% no estado de São Paulo. Considerando apenas o território nacional, o Vale do Ribeira foi o que apresentou o maior número de entrevistados que declaram ter realizado a residência médica fora do estado de São Paulo: 15,5% cursaram a residência em estados da região Sul e 3,4% em estados da região Nordeste. A região com o maior número de profissionais que fizeram residência na região Sudeste e no estado de São Paulo foi a metropolitana de Campinas (tabela 17).

Tabela 17 – Número de médicos por região geográfica onde realizaram residência médica, segundo região de saúde. São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

		Nordeste	Sudeste	Sul	Exterior	Não resposta	Total	SP
Vale do Ribeira	n	2	40	9	6	1	58	33
	%	3,4	69,0	15,5	10,3	1,7	100,0	56,9
Itapeva	n	0	83	0	16	0	99	61
	%	0,0	83,8	0,0	16,2	0,0	100,0	61,6
Vale do Juru- mirim	n	0	30	3	15	0	48	27
	%	0,0	62,5	6,3	31,3	0,0	100,0	56,3
Litoral Norte	n	2	69	4	0	4	79	58
	%	2,5	87,3	5,1	0,0	5,1	100,0	73,4
RM Campinas	n	0	123	2	11	0	136	113
	%	0,0	90,4	1,5	8,1	0,0	100,0	83,1
Total	n	4	345	18	48	5	420	292
	%	1,0	82,1	4,3	11,4	1,2	100,0	69,5

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Titulação e exercício de especialidades médicas⁶

Segundo os dados secundários do CNES e do CNEM, do total de médicos atuantes na região Vale do Ribeira, 46,3% possuíam título em alguma especialidade médica (a menor proporção entre as regiões). A especialidade com maior número de médicos atuantes em junho de 2016 era a clínica médica, com 165 profissionais e 135 ETI. Em seguida aparecia a Medicina de Família e Comunidade, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, sendo estas duas últimas as que possuíam o maior número de médicos com titulação correspondente, 23 e 24, respectivamente. Outras especialidades com mais de 10 médicos atuantes eram Oftalmologia, Cirurgia Geral, Cardiologia, Ortopedia e Traumatologia, Anestesiologia e Psiquiatria.

Em Itapeva, a maioria possuía título em alguma especialidade médica, mais especificamente 61,3%. A especialidade com maior número de médicos atuantes em junho de 2016 era a clínica médica, com 166 profissionais e 81 ETI. Em seguida aparecia a Medicina de Família e Comunidade, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Pediatria, sendo estas três últimas as que possuíam o maior número de médicos com titulação correspondente, 27, 22 e 20, respectivamente. Outras especialidades com mais de 10 médicos atuantes eram Radiologia e Diag-

⁶ As tabelas com os números de especialistas por região podem ser consultados no Apêndice A.3 (tabelas de 93 a 97).

nóstico por Imagem, Anestesiologia, Cardiologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Medicina Intensiva e Neurocirurgia.

Na região do Vale do Jurumirim, a maioria possuía título em alguma especialidade médica (52,7%). A especialidade com maior número de médicos atuantes em junho de 2016 era a clínica médica, com 197 profissionais e 97 ETI. Em seguida aparecia a Medicina de Família e Comunidade, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, sendo estas três últimas as que possuíam o maior número de médicos com titulação correspondente, 21, 19 e 21, respectivamente. Outras especialidades com mais de 10 médicos atuantes eram Anestesiologia, Ortopedia e Traumatologia, Cardiologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Oftalmologia e Neurologia.

No Litoral Norte, aproximadamente a metade, 50,2%, possuía título em alguma especialidade médica. A especialidade com maior número de médicos atuantes em junho de 2016 era a clínica médica, com 304 profissionais e 153 ETI. Em seguida aparecia a Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia, sendo estas três últimas as que possuíam o maior número de médicos com titulação correspondente, 43, 39 e 30, respectivamente. Outras especialidades com mais de 10 médicos atuantes eram Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Cardiologia, Ortopedia e Traumatologia, Oftalmologia, Anestesiologia, Dermatologia, Medicina Intensiva, Medicina do Trabalho e Psiquiatria.

Do total de médicos atuantes na RM de Campinas, 64,8% possuíam título em alguma especialidade médica (a maior proporção entre as regiões). A especialidade com maior número de médicos atuantes em junho de 2016 era a clínica médica, com 2.736 profissionais e 1.391 ETI. Em seguida aparecia a Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia Geral, sendo as quatro especialidades que possuíam o maior número de médicos com titulação correspondente, 791, 922, 724 e 805, respectivamente. Outras especialidades com mais de 300 médicos atuantes eram Ortopedia e Traumatologia, Cardiologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Anestesiologia, Medicina de Família e Comunidade, Oftalmologia e Psiquiatria.

2.3. Arranjos de contratação de médicos

Perfil geral de contratação de médicos⁷

Na região Vale do Ribeira as formas de contratação de médicos são variadas, sendo a região com maior proporção de vínculos celetistas (22%), embora os vínculos como autônomos sejam os mais frequentes, 41,3%, sendo 26,2% Pessoa Jurídica (PJ) e 15,1% Pessoa Física (PF). Do total de vínculos, 42,1% eram protegidos (estatutário ou celetista), 74,8% se localizavam em estabelecimentos públicos e 30% em estabelecimentos de APS. Do total de 571 vínculos de médicos em estabelecimentos públicos, 61,8% ocorre em órgãos do poder executivo municipal. Nestes estabelecimentos, 51,3% dos vínculos são de contratação direta com as prefeituras, nos quais o emprego público é a principal forma de contratação (56,9%), seguida dos Contratos Temporários com a Administração Pública (CTAP) (23,2%) e dos estatutários (19,9%). Já a contratação indireta para os serviços públicos municipais soma 48,7% dos casos, nos quais as principais formas de contratação são como celetista (33,1%) e autônomo (32,0%). As bolsas de médicos do PMM representam 11,9% dos vínculos municipais. Ainda no setor público, se destaca o CONSAUDE, com 25,2% do total de vínculos do segmento, sendo 52,8% do tipo celetista, 36,8% autônomo PJ e 10,5% de outro tipo. Por fim, a AME de Pariquera-Açu contrata médicos em sua grande maioria (92,5%) como autônomos do tipo PJ. Dos 192 vínculos de médicos em estabelecimentos privados, 50,5% são em associações (Santas Casas), que contratam preferencialmente utilizando os vínculos de autônomos (58,9% PF e 25% PJ) e em menor frequência os celetistas (7,1%). No setor privado lucrativo, a maioria também contrata autônomos, entretanto a modalidade de PJ é mais presente (40,4%, contra 27,9% de PF). Os contratos do tipo celetista representam 21,3%.

Na região de Itapeva, a forma de contratação de médicos dominante é como autônomo (70%, sendo 25,6% PJ e 44,4% PF). Do total de vínculos, 20,1% eram protegidos (estatutário ou celetista), 45,6% se localizavam em estabelecimentos públicos e 16,5% em estabelecimentos de APS. Do total de 426 vínculos de médicos em estabelecimentos públicos, 84% ocorre em órgãos do poder executivo municipal. Nestes estabelecimentos, 68,2% dos vínculos são de contratação direta com as prefeituras, nos quais as principais formas são como estatutário (60,2%) e CTAP (27%), seguidos dos empregos públicos (8,2%). Já a contratação indireta para

⁷ As tabelas de referência para este tópico podem ser consultadas no Apêndice A.1 (tabelas de 80 a 84). Algumas informações, como as formas de contratação de estabelecimentos específicos (como os AMEs) foram obtidas diretamente do banco de dados e não estão apresentados em tabelas.

os serviços públicos municipais soma 31,8% dos casos, nos quais a principal forma de contratação é como autônomo (82,5%). As bolsas de médicos do PMM representam 3,9% dos vínculos municipais. Além das prefeituras, o outro agente público contratante é a AME de Itapeva que contrata médicos em sua grande maioria (92,6%) como autônomos do tipo PJ. Dos 509 vínculos de médicos em estabelecimentos privados, 85,7% são em associações (Santas Casas), que contratam preferencialmente utilizando os vínculos de autônomos (67,5% PF e 29,6% PJ). No setor privado lucrativo, a maioria também contrata autônomos (95,9% PF e 4,1% PJ).

No Vale do Jurumirim, a forma de contratação de médicos dominante é como autônomo (66,8%, sendo 24,9% PJ e 41,9% PF). Do total de vínculos, 19,4% eram protegidos (estatutário ou celetista), 38,8% se localizavam em estabelecimentos públicos e 26,3% em estabelecimentos de APS. Do total de 408 vínculos de médicos em estabelecimentos públicos, 98% ocorre em órgãos do poder executivo municipal. Nestes estabelecimentos, 67,2% dos vínculos são de contratação direta com as prefeituras, nos quais a principal forma de contratação é como estatutário (53%), seguida dos CTAP (24%) e dos empregos públicos (23%). Já a contratação indireta para os serviços públicos municipais soma 32,8% dos casos, nos quais a principal forma de contratação é como autônomo (71,3%). As bolsas de médicos do PMM representam 4,5% dos vínculos municipais. Dos 644 vínculos de médicos em estabelecimentos privados, 71,3% são em associações privadas (Santas Casas), que contratam preferencialmente utilizando os vínculos de autônomos (58,7% PF e 39,1% PJ). No setor privado lucrativo, a maioria também contrata autônomos (86% PF e 5,8% PJ).

Na região do Litoral Norte a forma de contratação de médicos dominante é como autônomo (58,3%, sendo 24,2% PJ e 34,1% PF). Do total de vínculos, 35,8% eram protegidos (estatutário ou celetista), 39,2% se localizavam em estabelecimentos públicos e 16,2% em estabelecimentos de APS. Do total de 529 vínculos de médicos em estabelecimentos públicos, 83,6% ocorre em órgãos do poder executivo municipal. Nestes estabelecimentos, 61,9% dos vínculos são de contratação direta com as prefeituras, nos quais a principal forma de contratação é como estatutário (65,2%), seguida dos empregos públicos (23,2%) e dos CTAP (11,6%). Já a contratação indireta para os serviços públicos municipais soma 38,1% dos casos, nos quais as principais formas de contratação são como autônomo (43,9%) e celetista (41,5%). As bolsas de médicos do PMM representam 5,4% dos vínculos municipais. Por fim, a AME de Caraguatatuba contrata médicos em sua grande maioria como autônomos do tipo PJ (96,5%). Dos 819 vínculos de médicos em estabelecimentos privados, 62,9% são em associações (Santas Casas), que contratam preferencialmente utilizando os vínculos de autônomos (52,7% PF e 23,8% PJ). No setor privado lucrativo, a maioria também contrata autônomos (53,8% PF e 23,8% PJ). Diferen-

temente das outras regiões, a proporção de vínculos celetistas é mais significativa, 11,2% no privado filantrópico e 14,3% no privado lucrativo.

A forma de contratação dominante na RM de Campinas também é como autônomo (59,6%, sendo 10,5% PJ e 49,1% PF). Do total de vínculos, 28,1% eram protegidos (estatutário ou celetista), 35% se localizavam em estabelecimentos públicos e 8,6% em estabelecimentos de APS. Do total de 8.287 vínculos de médicos em estabelecimentos públicos, 75,2% ocorre em órgãos do poder executivo municipal e autarquias municipais. Nestes estabelecimentos, 67,6% dos vínculos são de contratação direta com as prefeituras, nos quais a principal forma de contratação é como estatutário (72%), seguida dos empregos públicos (20,4%) e dos CTAP (7,6%). Já a contratação indireta para os serviços públicos municipais soma 32,4% dos casos, nos quais a principal forma de contratação é como autônomo (43,7%), seguida da celetista (27,6%). As bolsas de médicos do PMM e dos médicos residentes em hospitais representam 3,6% e 3,8% dos vínculos municipais, respectivamente. Ainda no setor público, 17,7% dos vínculos estão no Hospital da UNICAMP (dividem-se em 42,3% de residentes, 28,7% de estatutários, 18,9% de empregos públicos, 7,6% de celetistas e 2,5% de outros tipos). Por fim, destacam-se o Hospital Regional de Sumaré e a AME de Santa Bárbara d'Oeste, os quais são geridos pela FUNCAMP que contrata todos os médicos destes locais em regime celetista. Dos 15.397 vínculos de médicos em estabelecimentos privados, 32,1% são em estabelecimentos privados não lucrativos (Santas Casas e Fundações), que contratam preferencialmente utilizando os vínculos de autônomos (71,4% PF e 13,2% PJ) e em menor frequência os celetistas (9,2%). No setor privado lucrativo, a maioria também contrata autônomos (69,7% PF e 17% PJ) e em menor frequência os cooperados (4,4%) e os informais (4,5%).

Contratação de médicos pelas Secretarias Municipais de Saúde e hospitais privados

As tabelas abaixo expõem as formas de vinculação estabelecidas entre os agentes contratantes e os profissionais, de acordo com as respostas à ETAC realizada com Secretarias Municipais de Saúde e hospitais privados. Segundo a tabela 18, a maioria dos municípios contrata médicos através de vínculos formais de trabalho, sobretudo na forma de vínculos empregatícios diretos, sendo que 74,5% dos municípios assim lança mão desse tipo de contratação para médicos da Atenção Primária e 80% para a Atenção Especializada. Deve-se observar que cada instituição entrevistada podia citar a prática de diferentes formas de contratação. Assim, também há uma proporção considerável de municípios que contratam através de bolsa (32,7% e

30%, respectivamente) e por meio de terceirização – contratados por OS, OSCIP, ONG ou entidades filantrópicas (25,4% e 27,5%).

Já nos hospitais privados, segundo a tabela 19, prevalecem os vínculos frouxos, sendo que 75,7% dos estabelecimentos utilizam contratação de prestadores de serviços no formato de Pessoa Jurídica e 27% no formato Pessoa Física. A contratação direta segundo vínculo celetista é praticada apenas por 13,5% dos casos. Poucos hospitais utilizam cooperativas, terceirização, bolsa de residência e parceria de produção.

Tabela 18 – Municípios que contratam médicos segundo o tipo de vínculo – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Tipo de Vínculo	Secretarias municipais de saúde			
	Atenção Primária		Atenção Especializada	
	N = 55	%	N = 40	%
Têm vínculo empregatício com o município (são funcionários públicos, Estatutários/ CLT/ CTAP/ Cargo Comissionado)	41	74,5	32	80,0
São bolsistas (Mais Médicos, PROVAB, Residentes)	18	32,7	12	30,0
São Terceirizados – contratados por OS/OSCIP/ONG/ Entidades Filantrópicas.	14	25,4	11	27,5
São Prestadores de serviço - Pessoa Jurídica	8	14,5	3	7,5
São contratados via consórcio	2	3,6	1	2,5
São Cooperados	1	1,8	1	2,5
São Prestadores de serviço - Autônomo, Pessoa Física. RPA	1	1,8	1	2,5
São contratados por Empresas Privadas Lucrativas	1	1,8	0	0,0

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Tabela 19 – Hospitais que contratam médicos segundo o tipo de vínculo – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Tipo de Vínculo	Hospitais privados	
	N = 37	%
São Prestadores de serviço - Pessoa Jurídica	28	75,7
São Prestadores de serviço - Autônomo, Pessoa Física. RPA	10	27,0
Têm vínculo empregatício com o estabelecimento (CLT)	5	13,5
São Cooperados	3	8,1
São sócios/ Proprietários do estabelecimento	1	2,7
São bolsistas (Residentes)	1	2,7
São Terceirizados	1	2,7
Parceria de produção/Locação de consultório	1	2,7

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Tanto em relação à APS quanto à AES, entre aqueles que declararam realizar a contratação de médicos de forma indireta (cooperados, prestadores de serviço, terceirizados ou contratados por empresas lucrativas), há uma proporção considerável que o faz em função da dificuldade para realizar concurso público e também em função das facilidades inerentes aos vínculos mais frouxos/flexíveis (poder demitir, contratar, remanejar, com mais facilidade) (tabela 20). Entre os hospitais que praticam a contratação indireta de médicos, o principal motivo citado é o menor custo viabilizado por esse tipo de contratação. A livre organização dos médicos em cooperativas e empresas e a maior flexibilidade nos processos de admissão e demissão também foram apontados por uma proporção expressiva de entrevistados (tabela 21).

Tabela 20 – Municípios que praticam a contratação indireta de médicos por segmento estudado, segundo os motivos para a utilização desta forma de contratação – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Motivos	Secretarias municipais de saúde			
	Atenção Primária		Atenção Especializada	
	n = 55	%	n = 40	%
Dificuldade para realizar concurso público	15	27,2	9	22,5
Poder demitir, contratar, remanejar, com mais facilidade (flexibilização)	10	18,1	7	17,5
Limites da lei de responsabilidade fiscal	8	14,5	6	15,0
O custo desse tipo de contratação é menor	6	10,9	4	10,0
Poder oferecer salários maiores	5	9,0	3	7,5
Formas de organização dos médicos em cooperativas e empresas	3	5,4	2	5,0
Outros	6	10,9	4	10,0
NS/NR	2	3,6	1	2,5

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Tabela 21 – Hospitais que praticam a contratação indireta de médicos por segmento estudado, segundo os motivos para a utilização desta forma de contratação – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Motivos	Hospitais Privados	
	n = 37	%
O custo desse tipo de contratação é menor	16	43,2
Formas de organização dos médicos em cooperativas e empresas	11	29,7
Poder demitir, contratar, remanejar, com mais facilidade (flexibilização)	10	27,0
Poder oferecer salários maiores	5	13,5
Outros	11	29,7

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Arranjos profissionais de inserção no mercado de trabalho

As tabelas abaixo expõem os arranjos profissionais de inserção no mercado de trabalho, de acordo com as respostas à ETAC realizada com médicos dos setores público e privado. Conforme pode ser observado na tabela 22, o setor público é um importante empregador dos profissionais médicos, já que mais de 90% dos entrevistados declarou atuar nessa área, seja em UBS, em ambulatórios, clínicas especializadas ou hospitais. No que se refere à atuação no setor público, não houve diferenças significativas entre as regiões pesquisadas, sendo que a maior proporção foi encontrada no Vale do Ribeira (92,4%) e a menor na Região Metropolitana de Campinas (86,9%). Em relação ao setor privado, porém, observou-se uma discrepância maior entre as regiões, já que no Vale do Jurumirim apenas 38,1% dos entrevistados atuam no setor, enquanto em Campinas são 70%, corroborando com o que fora observado a partir da ETAC com agentes contratantes.

Tabela 22 – Nº de médicos que atuam no setor público e privado, por região (n=582) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Região	Setor Público			Setor Privado		
	N	n	%	N	n	%
Vale do Ribeira	95	91	95,8	95	50	52,6
Itapeva	126	116	92,1	126	84	66,7
Vale do Jurumirim	84	80	95,2	84	32	38,1
Litoral Norte	117	108	92,3	117	79	67,5
RM Campinas	160	139	86,9	160	112	70,0
Total	582	534	92,4	582	357	58,9

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Segundo a tabela 23, entre os 534 respondentes que trabalham no setor público, a maioria (73,5%) atua em Unidades Básicas de Saúde, sendo essa proporção maior no Vale do Jurumirim (91,2%) e Itapeva (89,6%) e menor no Litoral Norte (58,3%). Por outro lado, apenas um terço declarou atuar em ambulatórios de especialidades, porém, esse valor é influenciado pelo Vale do Jurumirim (7,5%), Campinas (23,7%) e Vale do Ribeira (25,2%). Na região de Itapeva e do Litoral Norte, metade dos entrevistados que atuam no setor público declarou trabalhar em ambulatórios de especialidades.

Algo semelhante ocorre com a atuação em hospitais públicos, também referida por cerca de um terço dos entrevistados, mas com grandes diferenças regionais. No Vale do Jurumirim apenas 15% declararam trabalhar em hospitais públicos, enquanto no Vale do Ribeira mais da metade (52,7%) atua neste tipo de estabelecimento.

Tabela 23 – Nº de médicos trabalhando no setor público segundo arranjos de atuação, por região (n=534) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Região	Atua em Unidades Básicas de Saúde			Atua em ambulatórios de especialidades			Atua em hospitais públicos		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Vale do Ribeira	91	56	61,5	91	23	25,2	91	48	52,7
Itapeva	116	104	89,6	116	58	50,0	116	32	27,5
Vale do Jurumirim	80	73	91,2	80	6	7,5	80	12	15,0
Litoral Norte	108	63	58,3	108	54	50,0	108	28	25,9
RM Campinas	139	97	69,7	139	33	23,7	139	46	33,0
Total	534	393	73,5	534	174	32,5	534	166	31,0

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

A maioria dos médicos das UBS trabalha com vínculos estáveis, estatutários ou celetistas, sendo que as maiores proporções são do Vale do Ribeira, Metropolitana de Campinas e Litoral Norte (tabela 24). Outros 16,2% são profissionais terceirizados, contratados via Organização Social (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Organização Não Governamental (ONG) ou instituições filantrópicas, que é o tipo de vinculação mais comum em Itapeva. Os bolsistas do Programa de Valorização do Trabalhador da Atenção Básica (PROVAB) e do Programa Mais Médicos (PMM) e os residentes perfazem um percentual de 13,2%, variando de 24,6% no Vale do Jurumirim e 3,1% no Litoral Norte. Há ainda 4,9% de prestadores de serviços via Pessoa Jurídica e 6,2% de outros tipos.

A maioria dos médicos que atuam em ambulatórios de especialidades, assim como ocorre entre os profissionais das UBS, tem vínculos estáveis (67,5%), sendo que no Vale do Jurumirim, todos os médicos reportaram esse tipo de vinculação (tabela 25). Outros 19,5% são terceirizados, os quais estão mais presentes em Itapeva, Litoral Norte e Vale do Ribeira. 10,9% são contratados via Pessoa Jurídica, o que é mais comum no Litoral Norte e Vale do Ribeira.

Em comparação aos demais vínculos públicos, o vínculo estável é menor entre os profissionais que atuam em hospitais, onde foi observado um aumento considerável de médicos terceirizados e autônomos (tabela 26). Também nos dados coletados na ETAC realizada com agentes contratantes, observou-se que nos hospitais a proporção de vínculos protegidos é menor, o que pode estar associado ao fato desses estabelecimentos, que atuam no nível da atenção terciária, remunerarem, mormente, por produção e/ou por plantão. Note-se, porém, que no Vale do Ribeira, em Itapeva e na Metropolitana de Campinas, a maioria dos profissionais estão vinculados como estatutários ou celetistas a estes estabelecimentos. No Vale do Jurumirim a preferência é pela terceirização e no Litoral Norte pela vinculação como PJ.

Tabela 24 – Médicos que atuam em Unidades Básicas de Saúde, segundo tipo de vínculo por região (n =393) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Região	Estatutários Celetistas	Terceirizados	Bolsistas Residentes	PJ	Outro	Total
Vale do Ribeira	67,0	12,5	7,8	6,5	6,2	100
Itapeva	54,8	28,8	14,4	1,9	0,1	100
Vale do Jurumirim	60,2	10,9	24,6	4,1	0,2	100
Litoral Norte	65,6	21,8	3,1	9,3	0,2	100
RM Campinas	71,1	7,2	16,4	3,0	2,3	100
Total	63,7	16,2	13,2	4,9	2,0	100

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Tabela 25 – Médicos que atuam em ambulatórios médicos de especialidades, segundo tipo de vínculo por região (n = 174) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Região	Estatutários Celetistas	Terceirizados	PJ	Outro	Total
Vale do Ribeira	56,5	21,7	17,3	4,5	100
Região de Itapeva	58,6	37,9	0,0	3,5	100
Vale do Jurumirim	100,0	0,0	0,0	0,0	100
Litoral Norte	40,7	25,9	31,4	2,0	100
RM Campinas	81,8	12,1	6,0	0,1	100
Total	67,5	19,5	10,9	2,1	100

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Tabela 26 – Médicos que atuam em hospitais públicos, segundo tipo de vínculo e região (n = 166) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Região	Estatutários Celetistas	Terceirizados	PJ	Outro	Total
Vale do Ribeira	60,4	31,2	3,0	6,2	100
Região de Itapeva	65,6	28,1	0,0	6,3	100
Vale do Jurumirim	25,0	50,0	0,0	25,0	100
Litoral Norte	28,5	3,5	67,8	0,2	100
RM Campinas	57,1	14,2	18,3	10,4	100
Total	47,3	25,4	17,8	9,5	100

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Entre os 357 entrevistados que atuam no setor privado, mais da metade (56%) trabalha em hospitais particulares, sendo essa proporção maior no Vale do Jurumirim (65,6%) e menor em Itapeva (48,8%) (tabela 27). Ainda entre aqueles que declararam atuar na rede privada de saúde, um terço trabalha em policlínicas/clínicas especializadas. Em Campinas a proporção é um pouco maior, o que certamente está associado ao fato de ser uma região com características sociodemográficas típicas de uma dinâmica metropolitana. Itapeva, por sua vez, que além de estar mais distante de São Paulo, é composta por municípios bastante pequenos e de difícil acesso, possui um mercado menor de clínicas especializadas.

Tabela 27 – Nº de médicos trabalhando no setor privado segundo arranjos de atuação, por região (n = 357) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Região	Atua em Hospitais privados			Atua em policlínicas/clínicas de especialidades privadas		
	N	n	%	N	n	%
Vale do Ribeira	50	31	62,0	50	13	26,0
Itapeva	84	41	48,8	84	15	17,8
Vale do Jurumirim	32	21	65,6	32	6	18,7
Litoral Norte	79	50	63,2	79	31	39,2
RM Campinas	112	57	50,8	112	54	48,2
Total	357	200	56,0	357	119	33,3

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Tanto nos hospitais quanto nas policlínicas/clínicas privadas prevalecem os vínculos frouxos. No caso dos hospitais (tabela 28), apenas 18,4% dos vínculos são celetistas, com destaque para os médicos respondentes da região Itapeva, com 48,7% de vinculação desse tipo. A maior proporção de profissionais com vínculo de autônomo foi encontrada na região de Campinas (40,3%), do tipo pessoa jurídica no Vale do Jurumirim (57,1%) e do tipo terceirizado no Vale do Ribeira (25,8%). No caso das clínicas (tabela 29), apenas 8% dos médicos possuem vínculo celetista. Apenas no Vale do Jurumirim há médicos vinculados via terceirização. Destaca-se a grande quantidade de profissionais que são sócios proprietários das clínicas, sobretudo em Itapeva (40%) e Campinas (35,1%).

Tabela 28 – Tipo de vínculo dos médicos dos hospitais privados, por região de saúde – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Região	Celetistas	Terceirizado	Autônomo	PJ	Outro	Credenciado plano saúde	Total
Vale do Ribeira	9,6	25,8	22,5	38,7	3,2	0,0	100
Itapeva	48,7	0,0	14,6	34,1	2,4	0,0	100
Vale do Jurumirim	14,2	14,2	14,2	57,1	0,0	0,0	100
Litoral Norte	18,0	0,0	0,0	42,0	0,0	0,0	100
RM Campinas	1,7	12,2	40,3	29,8	2,0	3,5	100
Total	18,4	10,4	18,3	40,3	1,9	0,7	100

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Tabela 29 – Tipo de vínculo dos médicos das clínicas privadas, por região de saúde – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Região	Celetistas	Terceirizado	Autônomo	PJ	Sócios Proprietários	NS/NR	Total
Vale do Ribeira	15,3	0,0	46,1	7,6	23,0	7,6	100
Itapeva	0,0	0,0	26,6	33,3	40,0	0,0	100
Vale do Jurumirim	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	100
Litoral Norte	19,3	0,0	0,0	54,8	25,8	0,0	100
RM Campinas	5,5	0,0	27,7	27,7	35,1	1,8	100
Total	8,0	10,0	30,0	24,6	24,7	1,8	100

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Entre os 119 médicos entrevistados que atuam em clínicas privadas, a maioria (54,6%) declarou que a clínica atende mais de uma especialidade, sendo as mais citadas Ginecologia, Clínica Médica, Cardiologia e Pediatria, respectivamente. Ainda segundo declaração dos profissionais, as clínicas têm, em média, 11 funcionários (que exercem funções diversas) e 6 médicos. Em 44% dessas clínicas, cada médico é uma pessoa jurídica e em um terço delas, todos os médicos são uma pessoa jurídica⁸.

Ainda entre aqueles que atuam no setor privado, 35,5% declarou trabalhar em consultórios particulares. Entre estes, a maioria (60,8%) é sócio/proprietário do estabelecimento e 29,4% trabalham como autônomos (pessoa física ou jurídica)⁹. A maioria dos consultórios atende apenas uma especialidade (71,0%). Entre os que atendem mais de uma especialidade, as mais citadas foram Dermatologia, Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria, respectivamente. Os consultórios têm em média 4 funcionários e 3 profissionais médicos.

Apenas 5% dos entrevistados trabalham em redes de serviços médicos, sendo essa proporção consideravelmente maior em Itapeva. A maioria dos entrevistados que atua em redes (80%) declarou que a rede é uma franquia. Entre estes, mais da metade (54%) é franqueado e os demais são empregados.

Os médicos entrevistados também foram perguntados sobre o tipo de vínculo que consideram ser mais atrativo (tabela 30). Os vínculos protegidos foram os mais citados como sendo ideais, entretanto, com exceção dos médicos da região de Campinas, a preferência foi mais inclinada para o tipo celetista do que o tipo estatutário. Em Campinas, a preferência pelo

⁸Outros 20% não souberam ou não responderam à questão.

⁹ Houve também 1,4% que citaram outros vínculos e 8,2% que não souberam ou não responderam à questão.

funcionalismo público representa 64,8% dos casos, enquanto a carteira assinada, 6,2%. Outros 19% consideram que trabalhar autonomamente, como pessoa jurídica, é a opção mais apazível¹⁰. Contudo, quando analisado por região de saúde, foram observadas diferenças significativas. Em Itapeva há uma proporção maior dos que consideram que trabalhar autonomamente seja a melhor opção.

Tabela 30 – Tipo de vínculo que consideram mais atrativo (N=582) – São Paulo (regiões selecionadas), 2017.

Região	Estatutário	Celetista	Autônomo	NS/NR
Vale do Ribeira	22,1	58,9	9,4	9,4
Itapeva	16,8	48,8	32,0	2,4
Vale do Jurumirim	39,2	35,7	7,1	16,6
Litoral Norte	19,1	46,9	23,4	10,4
RM Campinas	64,8	6,2	23,1	6,2
Total médio	32,4	39,3	19,0	9,0

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Dificuldades de contratação de médicos

As tabelas abaixo apresentam alguns dados que podem designar um cenário de escassez, ou não, de profissionais médicos de acordo com as respostas à ETAC de agentes contratantes. A tabela 31 diz respeito à permanência do médico no local de trabalho e aponta que não há uma diferença significativa, na comparação por região, no tempo médio de permanência dos mesmos. Em linhas gerais, a retenção do profissional é menor em Itapeva (6,9 anos) e maior no Vale do Jurumirim (8,1 anos). No caso de Itapeva, o menor tempo de permanência pode estar associado às condições de maiores carências socioeconômicas e de necessidades de saúde, além das grandes distâncias dos municípios em relação à sede regional e das condições das estradas, consideradas precárias e perigosas conforme observado a partir das informações coletadas em campo.

Por outro lado, o Vale do Jurumirim, embora não seja uma região atrativa, possui um perfil de profissionais bastante peculiar. Conforme descrito anteriormente, é a região com a

¹⁰ Houve ainda 0,5% que citou outros tipos de vínculo e 9,6% que não souberam ou não responderam à questão.

maior proporção de médicos naturais do estado de São Paulo e naturais de municípios da região, também com uma alta proporção de médicos mais velhos, que se graduaram e residem na localidade, ou seja, há uma pujança no que se refere à dimensão dos fatores pessoais como um elemento de fixação dos médicos, o que pode incidir em vínculos de trabalho mais longevos. Além disso, outra variável que pode contribuir para avaliar a permanência dos médicos em determinados locais de trabalho, é a natureza jurídica do vínculo. As duas regiões nas quais a permanência é maior – Vale do Jurumirim e Vale do Ribeira – são as que têm a maior proporção de vínculos no setor público – o que pode apontar o vínculo estatutário, associado a outras variáveis, como um importante fator de fixação de médicos.

Tabela 31 – Tempo médio, em anos, que o médico permanece no local de trabalho, por região.

Região	Sec. municipais de saúde		Hospitais privados	Média por região
	Atenção Primária	Atenção Especializada		
Vale do Ribeira	7,5	6,8	9,0	7,7
Itapeva	5,0	6,8	9,0	6,9
Vale do Jurumirim	6,7	7,2	10,4	8,1
Litoral Norte	5,0	5,0	13,3	7,7
RM Campinas	6,5	6,6	9,2	7,4
Total Médio	6,2	6,4	10,1	7,6

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Conforme apresentado na tabela 32, em relação à dificuldade de preenchimento de postos de trabalho vagos para médicos, observa-se que não houve nenhuma diferença significativa entre as regiões, ainda que o Litoral Norte se destaque com as menores proporções de postos vagos, o que pode estar associado ao fato de ser uma região considerada atrativa. Por outro lado, no que diz respeito à dificuldade de preenchimento de postos de trabalho, como mostra a tabela 33, observa-se que Itapeva é a região mais afetada por esse inconveniente, o que pode estar associado à alta proporção de médicos itinerantes e também de médicos não residentes nos municípios da região. Soma-se a isso, como já citado, o óbice de Itapeva ser a sede mais distante dos demais municípios (com um tempo médio de deslocamento de 71,6 minutos). Há na região alguns municípios que estão há mais de 120 minutos de distância da sede, o que lhes deixa bastante expostos à escassez de médicos.

Tabela 32 – Municípios e hospitais com postos de trabalho vagos para médicos, por região.

Região	Secretarias municipais de saúde						Hospitais privados		
	Atenção Primária			Atenção Especializada					
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Vale do Ribeira	14	6	42,9	10	5	50,0	2	2	100,0
Itapeva	12	5	41,6	6	2	33,3	3	2	66,7
Vale do Jurumirim	14	5	35,7	11	5	45,5	7	3	42,9
Litoral Norte	2	0	0,0	2	0	0,0	5	2	40,0
RM Campinas	13	6	46,2	11	5	45,5	20	11	55,0
Total	55	22	40,0	40	17	34,8	37	20	47,7

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Tabela 33 – Municípios e hospitais com dificuldade de preenchimento de postos de trabalho para médicos, por região.

Região	Secretarias municipais de saúde						Hospitais privados		
	Atenção Primária			Atenção Especializada					
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Vale do Ribeira	14	6	42,9	10	5	50,0	2	2	100,0
Itapeva	12	10	83,3	6	5	83,3	3	1	33,3
Vale do Jurumirim	14	5	35,7	11	5	45,5	7	5	71,4
Litoral Norte	2	0	0,0	2	0	0,0	5	4	80,0
RM Campinas	13	4	30,8	11	3	27,3	20	7	35,0
Total	55	25	45,4	40	18	41,2	37	20	67,2

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Em todos os níveis inquiridos – atenção primária, especializada e hospitais – o principal motivo declarado para a dificuldade de preenchimento dos postos de trabalho vagos é a baixa remuneração (tabelas 34 e 35). De maneira geral, em um cenário de maior adversidade para a contratação de médicos – municípios distantes, pouco atrativos para os médicos residirem e com pouca infraestrutura para o trabalho – o principal incentivo que seria capaz de “compensar” essas adversidades, na opinião dos agentes contratantes, é a remuneração. Em consonância ao acima exposto – o fato de Itapeva ser a região com maior dificuldade de preenchimento de postos de trabalho – o segundo principal motivo citado como fator de dificuldade ao preenchimento das vagas para médicos – é a dificuldade de acesso ao local de trabalho/ distância.

Tabela 34 – Principais motivos relacionados à dificuldade de preenchimento dos postos de trabalho vagos para médicos.

Estratégias	Sec. municipais de saúde			
	Atenção Básica		Atenção Especializada	
	N = 25	%	N = 18	%
O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais	15	60,0	12	66,6
Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância	14	56,0	10	55,5
Consideram a infraestrutura existente inadequada	3	12,0	3	16,6
Os incentivos e benefícios não são considerados atrativos pelos profissionais	2	8,0	2	11,1
Pouco acesso a exames, medicamentos, equipamentos, etc.	1	4,0	1	5,5
Inexistência de opções de lazer e cultura no município	1	4,0	1	5,5
Insatisfação com o horário de trabalho exigido	1	4,0	0	0,0
Outro	4	16,0	3	16,6

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Tabela 35 – Principais motivos relacionados à dificuldade de preenchimento dos postos de trabalho vagos para médicos.

Estratégias	Hospitais Privados	
	N = 20	%
A remuneração paga pelo estabelecimento é considerada baixa pelos profissionais	7	35,0
Dificuldade de acesso ao local de trabalho/distância	6	30,0
Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB	6	30,0
Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho	5	25,0
Falta de perspectiva e progressão na carreira	4	20,0
Inexistência de opções de lazer e cultura no município	4	20,0
Os profissionais não aceitam receber apenas o valor pago pelo SUS	3	15,0
Os incentivos e benefícios não são considerados atrativos pelos profissionais	3	15,0
Inexistência de outras oportunidades de trabalho no município	3	15,0
Pouco acesso a exames, medicamentos, equipamentos	1	5,0
Consideram a infraestrutura existente inadequada	1	5,0
As formas de contratação/vinculação não são consideradas atrativas pelos profissionais	1	5,0
Outras	5	25,0

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Por outro lado, o Vale do Ribeira e o Vale do Jurumirim são as regiões onde o tempo para preenchimento de cargos vagos para médicos é maior (tabela 36). O Vale do Ribeira, embora ofereça bons salários, é uma região de infraestrutura precária, devido à sua localização em área de preservação ambiental. A região não possui indústrias, tem baixa arrecadação, acesso precário à inter-

net e telefonia celular, entre outros inconvenientes que dificultam a atração de profissionais. O Vale do Jurumirim, por sua vez, enfrenta a adversidade dos baixos salários.

Tabela 36 – Tempo médio, em MESES, que leva para preencher um cargo vago para médico.

Região	Sec. Municipais de saúde		Hospitais privados
	Atenção Primária	Atenção Especializada	
Vale do Ribeira	6,0	6,0	14,5
Itapeva	3,7	4,0	6,0
Vale do Jurumirim	7,3	8,7	18,7
Litoral Norte	1,5	1,5	3,5
RM Campinas	2,7	3,2	4,0
Total Médio	4,2	4,6	9,3

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Em relação às especialidades que os hospitais têm maior dificuldade de contratação, destaca-se a pediatria (tabela 37). Apesar do universo amostral ser muito reduzido e não nos permitir fazer generalizações, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia, Neurologia e Psiquiatria também foram citadas por um número considerável de entrevistados e são consonantes ao que vem sendo relatado nas pesquisas de monitoramento de mercado de trabalho médico realizadas desde 2008 pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM).

Tabela 37 – Especialidades que os hospitais têm maior dificuldade de contratação

Estratégias	Hospitais Privados	
	N	%
Pediatria	9	24,3
Ginecologia e Obstetrícia	8	21,6
Anestesiologia	5	13,5
Neurologia	5	13,5
Cirurgia Geral	5	13,5
Psiquiatria	4	10,8
Oftalmologia	2	5,4
Radioterapia	1	2,7
Infectologia	1	2,7
Urgência e Emergência	1	2,7

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

2.4. Salários e incentivos/benefícios

Neste estudo, os rendimentos praticados no mercado de trabalho médico das regiões selecionadas foram analisados a partir de duas fontes de informação, de forma indireta pelo registro administrativo do MTE, a RAIS, e de forma direta através da ETAC com agentes contratantes. No primeiro caso os dados se referem aos rendimentos médios anuais dos vínculos formais de emprego ativos em 31 de dezembro de 2015, discriminados segundo natureza jurídica do empregador (público e privado), tipo de vínculo (estatutário, celetista e temporário) e sexo do empregado. No segundo caso se referem aos salários médios praticados em 2017 pelas SMS para médicos da atenção primária e atenção especializada e pelos hospitais municipais para médicos especialistas. Adicionalmente, foram perguntados os incentivos e benefícios monetários e extra monetários praticados.

Rendimento médio a partir dos dados da RAIS¹¹

Segundo a tabela 38, comparando as cinco regiões contempladas neste estudo, o que se observa é que o menor rendimento médio dos profissionais médicos no mercado formal são os do Vale do Jurumirim (R\$5.791,98), o que pode estar associado ao fato desta região ter a menor proporção de médicos ocupados na ESF, que se caracteriza, entre outros aspectos, pela dedicação ao trabalho de 40 horas semanais. Ou seja, o Vale do Jurumirim, tendo uma proporção considerável de médicos vinculados à atenção primária convencional, tem também a menor média de horas semanais dedicadas ao trabalho, logo, uma menor remuneração mensal. Por outro lado, os médicos do Vale do Ribeira recebem, em média, quase o dobro dos profissionais do Vale do Jurumirim, R\$11.390,27, sendo a região com a maior remuneração média. Essa discrepância pode estar relacionada ao fato da maioria dos médicos do Vale do Ribeira não residir na região, o que geralmente, conforme visto em outras etapas da pesquisa, onera o valor da mão de obra, levando em consideração que muitas vezes, o custo com deslocamento está embutido na remuneração. As demais regiões praticam salários próximos aos de São Paulo e do Brasil, com pequenas diferenças.

Em relação ao diferencial por natureza jurídica do empregador, as regiões do Vale do Ribeira e Metropolitana de Campinas apresentam valores médios superiores no setor público e as demais no setor privado. Considerando o diferencial por sexo do profissional, os vínculos de

¹¹ Tabelas complementares sobre salários (inclusive com informações por município) podem ser consultadas no Apêndice A.8 (tabelas de 88 a 92).

médicos ocupados por homens têm maiores rendimentos no Vale do Ribeira, Litoral Norte e Metropolitana de Campinas, assim como ocorre em todo o estado de São Paulo e no Brasil. Os vínculos de mulheres têm maiores rendimentos em Itapeva e Vale do Jurumirim, embora nesta última a diferença seja muito baixa.

Tabela 38 – Indicadores gerais de inserção da força de trabalho médica no mercado de trabalho formal – Regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.

Remuneração média (R\$)	VR	ITA	VJ	LN	RMC	SP	BRA
Total dos vínculos	11.390,27	8.901,79	5.791,98	8.716,85	9.231,51	8.653,23	8.520,28
Por hora semanal	103,54	81,56	58,19	63,32	90,85	97,32	82,26
Setor Público	11.854,82	8.530,16	5.300,59	8.043,30	10.281,27	8.385,20	8.546,19
Setor Privado	10.172,23	9.496,39	7.003,33	9.512,02	7.380,79	9.055,13	8.460,56
Homens	11.685,99	8.808,11	5.752,72	8.946,26	9.504,21	8.785,27	8.710,68
Mulheres	10.751,63	9.123,84	5.882,73	8.416,60	8.939,32	8.484,61	8.288,27

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da RAIS 2015.

Rendimento médio a partir dos dados da ETAC com agentes contratantes

Segundo os dados da ETAC (tabela 39), no cômputo geral, a remuneração média dos médicos da Atenção Primária é um pouco maior do que a dos médicos da atenção especializada (R\$11.318,31 contra R\$10.835,67). Contudo, deve-se ressaltar que os médicos da atenção primária dedicam, em média, mais horas semanais ao trabalho. Em que pese a diferença de período entre um levantamento e outro (2015 da RAIS e 2017 da ETAC), o Vale do Jurumirim também figura com o rendimento mais baixo.

Tabela 39 – Remuneração média por região

Região	Secretarias municipais de saúde	
	Atenção Primária	Atenção Especializada
Vale do Ribeira	12.700,00	12.833,33
Itapeva	12.655,56	10.475,00
Vale do Jurumirim	8.308,00	8.470,00
Litoral Norte	13.500,00	13.500,00
RM Campinas	9.428,00	8.900,00
Total	11.318,31	10.835,67

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Segundo a tabela 40, o sistema de remuneração mais comum utilizado pelos hospitais é o pagamento por plantão, referido por 64,9% dos respondentes. A remuneração média é de R\$1.127,40 para um plantão de uma média de 13,1 horas trabalhadas. É também muito comum o pagamento por volume de produção/por procedimento, utilizado por 56,8% dos hospitais. Entre aqueles que remuneram via salário fixo, o correspondente a 18,9%, a média salarial é de R\$ 9.724,00, para uma média de 39,4 horas semanais, valor um pouco menor do que o declarado pelos entrevistados das SMS, de R\$ 10.835,67 para médicos especialistas.

Tabela 40 – Sistema utilizado pelos hospitais para remunerar os médicos especialistas.

Sistema de Remuneração	Hospitais Privados			
	N = 37	%	Valor Médio	Carga Horária Média
Por plantão	24	64,9	1.127,40	13,1h/plantão
Por produção/procedimento	21	56,8	-	-
Salário fixo	7	18,9	9.724,00	39,4h/semana
Pacote fechado	5	13,5	-	-
Outros	5	13,5	-	-

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Incentivos/benefícios monetários e extra monetários

Além da remuneração, foi perguntado aos agentes contratantes quais os incentivos e benefícios monetários e extra monetários são ofertados aos médicos. Os resultados constam nas tabelas 41 e 42. Dentre os itens monetários, o décimo terceiro salário e as férias remuneradas são os dois principais incentivos oferecidos para os médicos da Atenção Primária e Especializada, o que pode estar relacionado ao fato da maioria dos profissionais ter vínculo empregatício com os municípios, já que se referem a benefícios que, via de regra, dizem respeito aos vínculos formais. O adicional por insalubridade – direito concedido a trabalhadores que são expostos a agentes nocivos à saúde – também é ofertado por grande parte dos municípios, seguido do adicional por tempo de serviço. São pouco comuns o adicional por metas, resultados, produtividade, o adicional por exercício em áreas rurais/remotas e o adicional por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras e ou com dificuldade de acesso. No caso dos hospitais, os incentivos e benefícios monetários mais citados foram os mesmos, porém, em proporções muito menores, haja vista a baixa proporção de estabelecimentos que praticam vínculos formais de contratação de médicos.

No que se refere aos benefícios extra monetários, o mais citado, seja entre secretários municipais de saúde, seja entre os diretores de hospitais, foi a liberação para congressos. A oferta de cursos de capacitação, as folgas semanais e o auxílio alimentação foram mencionados por uma proporção considerável de entrevistados, ainda que em níveis consideravelmente maiores entre os municípios, do que entre os hospitais. Os benefícios de auxílio transporte e auxílio moradia são os menos utilizados, mas também nestes casos, são mais frequentes entre as SMS comparativamente aos hospitais privados.

Tabela 41 – Municípios e hospitais segundo os incentivos e/ou benefícios monetários oferecidos para os médicos.

Incentivos / Benefícios monetários	Secretarias municipais de saúde				Hospitais Privados	
	Atenção Primária		Atenção Especializada			
	N = 55	%	N = 40	%	N=37	%
Décimo terceiro salário	44	80,0	33	82,5	6	16,2
Férias remuneradas	43	78,1	32	80,0	6	16,2
Adicional por insalubridade	40	72,7	31	77,5	4	10,8
Adicional por tempo de serviço	25	45,4	21	52,5	2	5,4
Adicional por metas, resultados, produtividade	7	12,7	7	17,5	4	10,8
Adicional por qualificação/titulação	7	12,7	5	12,5	3	8,1
Adicional por exercício em áreas rurais / remotas	4	7,2	4	10,0	0	0,0
Adicional por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras e ou com dificuldade de acesso	4	7,2	1	2,5	1	2,7
Outro	3	5,4	3	7,5	0	0,0

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Tabela 42 – Municípios e hospitais segundo os incentivos e/ou benefícios extra monetários oferecidos para os médicos.

Incentivos / Benefícios extra monetários	Secretarias municipais de saúde				Hospitais Privados	
	Atenção Primária		Atenção Especializada			
	N = 55	%	N = 40	%	N=37	%
Liberação para congressos	50	90,9	37	92,5	27	73,0
Cursos de capacitação	37	67,2	30	75,0	11	29,7
Folgas semanais	33	60,0	27	67,5	14	37,8
Auxilio alimentação	29	52,7	22	55,0	11	29,7
Auxilio transporte	13	23,6	8	20,0	3	8,1
Auxilio moradia	13	23,6	8	20,0	2	5,4
Outros	3	5,4	2	5,0	2	5,4

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

3. Áreas com maiores necessidades de médicos

3.1. Indicadores para mensuração da escassez de médicos

3.1.1. Razão de médicos por habitante (RMH)

Uma típica razão de médicos por habitante usa apenas três “peças” de informação: a área geográfica em que os habitantes e os médicos estão localizados, o número de habitantes e o número de médicos. Para que esta razão seja mais significativa metodologicamente, é necessário garantir uma contagem que vai além de saber quantos médicos existem em determinada área. A razão típica não leva em consideração fatores como carga horária, produtividade, trabalho não clínico, variação de níveis de atividade e o efeito de variáveis sociodemográficas como idade e gênero dos profissionais. Neste aspecto, a razão pode representar uma situação de forma falsa, super, ou subestimando, em muitos casos, o real serviço médico produzido. Em suma, deve-se também considerar os diferenciais de produção dos serviços médicos, isto é, não pressupor, que cada e todo médico equivale à mesma quantidade de serviço prestado.

Uma das alternativas que tem sido utilizada, e que também foi considerada neste estudo, é o cálculo de número de habitantes por médicos em tempo completo, o chamado Full Time Equivalent (ETI) ou Equivalente de Tempo integral (ETI). Na prática, ao invés de contar o número de profissionais, considera-se a disponibilidade de carga horária médica na localidade. Considera-se que cada 40 horas semanais de trabalho médico é equivalente a um médico. Outra vantagem dessa medida é a possibilidade de atribuir pesos diferenciados de acordo com o tipo de serviço e ou especialidade médica atrelada à carga horária, de acordo com as necessidades de saúde da região. Também é possível incluir a disponibilidade de carga horária de outros profissionais de saúde que compõem as equipes médicas. No cômputo geral, a medida permite definir a oferta de serviços médicos disponíveis e não necessariamente de profissionais médicos. Para este relatório, apresentamos apenas o cálculo direto da razão de habitantes por médicos, em ETI.

Para o cálculo da razão identificamos, do lado do numerador, o tamanho da população do município a partir da estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2016. Do lado do denominador, a oferta de médicos no município, em ETI, a partir da carga horária registrada no CNES de junho de 2016. Foram feitas duas contagens distintas de médicos, para fins de comparação: (i) Número de médicos, em ETI, independente da especialidade exercida; (ii) Número de médicos, em ETI, exercendo especialidades de

atenção primária à saúde (clínica geral, saúde da família e pediatria), considerando apenas as horas ambulatoriais e independente do tipo de estabelecimento.

3.1.2. Deslocamento da força de trabalho no espaço

Outra forma de estudar as iniquidades da distribuição da força de trabalho médica é investigando seu deslocamento no espaço. Trata-se de uma abordagem interessante, na medida em que os médicos, em geral, possuem múltiplas vinculações laborativas, as quais são construídas em territórios que por muitas vezes extrapolam os limites administrativos municipais. Tais vinculações desconhecem os padrões associados ao emprego típico em que o trabalhador realiza um único deslocamento diário do local de residência até o local de trabalho. Os médicos, seja por fatores individuais (familiares, possibilidades de formação, exercício múltiplo de especialidades, rendimentos) ou relacionados à dinâmica do mercado de trabalho local (desenvolvimento do setor privado, oferta de serviços públicos, possibilidade de exercício autônomo da profissão), possuem uma colocação distinta no mercado de trabalho. Tal colocação se reflete em tipos diversos de deslocamento de pequeno, médio ou longo prazo, que envolvem migrações efetivas (do local de residência) e movimentos pendulares (movimentação diária do local de residência até os locais de trabalho).

Medidas indiretas sobre a disponibilidade de profissionais médicos em áreas geográficas podem representar as iniquidades na distribuição dessa força de trabalho, desde a perspectiva da sua mobilidade no espaço. Alguns indicadores, por exemplo, levam em consideração a dependência dos municípios em relação ao trabalho médico proveniente de pessoal externo, isto é, o quanto da mão de obra disponível no local é composta por profissionais recrutados de outros municípios. Nessa linha, foram calculados dois indicadores:

- (i) *Proporção de trabalho realizado por médicos não residentes:* parcela da carga horária total de médicos disponível que é realizada por profissionais que não moram no município. Indica que quanto menor é a proporção de médicos residentes, mais o município depende do recrutamento de médicos que precisam se deslocar desde seus locais de origem, o que é sugestivo de maiores dificuldades para contratá-los.
- (ii) *Proporção de trabalho realizado por médicos itinerantes:* parcela da carga horária total de médicos disponível que é realizada por profissionais que não se ocupam exclusivamente no município. Aqui temos um indicativo de menor

disponibilidade de trabalho médico na localidade, quanto mais os profissionais ali ocupados se dedicarem ao trabalho em outros municípios.

3.1.3. Dimensões que agravam os estados de escassez de médicos

Um dos pressupostos dos estudos sobre iniquidades distributivas de Recursos Humanos em Saúde, tem sido a inclusão de indicadores que não informam diretamente a localização da oferta de profissionais de saúde, mas que descrevem situações que agravariam estados de insuficiência desta oferta. Nos estudos realizados pela EPSM, inspirados em estudos norte-americanos, estes indicadores representam carências socioeconômicas, altas necessidades de saúde e barreiras de acesso a serviços de saúde. Assim, como realizado originalmente pela EPSM, aqui manteremos como indicadores correspondentes a estas dimensões a proporção de pobreza, a taxa de mortalidade infantil e a distância em relação aos serviços de saúde, calculados tendo como unidade de análise o município.

- (i) *Proporção de pobreza:* para identificação da pobreza foi considerada a contagem de domicílios abaixo da linha da pobreza no município. Na definição da linha de pobreza, o estudo da EPSM utilizou como critério a elegibilidade ao Programa Bolsa Família (PBF), isto é, renda per capita inferior a R\$ 170,00. O indicador construído a partir deste dado, o qual identifica o tamanho da pobreza no município, foi o de proporção de domicílios localizados nesta faixa de renda, em relação ao total de domicílios. A única base de dados no Brasil que disponibiliza informações para o cálculo da linha de pobreza em nível municipal é o Censo Demográfico. Como o último dado disponível é de 2010, optamos por fazer uma atualização da informação por meio dos dados de março de 2016 do Cadastro Único do Ministério de Desenvolvimento Social e Agrário (MDSA), que é o sistema de informações para programas sociais do Governo Federal, entre eles, o PBF. Embora o cadastro seja um bom dado para composição da "pobreza" nos municípios da pesquisa, não é possível contar através dele o número de elegíveis ao PBF, e sim o número de beneficiários, que são aqueles com renda familiar entre R\$ 85,01 e R\$ 170,00 per capita que recebiam o benefício. Por isso, utilizamos como indicador de carências socioeconômicas a proporção de pessoas beneficiárias do PBF, em relação ao total da população.

- (ii) *Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)*: os indicadores de alta necessidade em saúde buscam contemplar condições demográficas, sociais e epidemiológicas da população residente, refletindo a demanda potencial por serviços de saúde e, consequentemente, por RHS. Na versão original do índice criado pela EPSM, foi utilizada a TMI, a qual se mostrou mais adequada no caso da Atenção Primária à Saúde (APS). Neste estudo realizaremos uma análise para escolha de outro indicador que possa ser mais representativo de necessidades de saúde que não se limite a uma determinada linha ou nível de atenção à saúde. Porém, neste relatório, apresentamos apenas uma atualização da TMI para o ano de 2014, calculada segundo dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema Nacional de Mortalidade (SIM). A TMI é o resultado da relação entre o número de óbitos de crianças com até um ano de idade por mil nascidos vivos, no ano. A referência geográfica é o município de residência da mãe.
- (iii) *Distância em relação aos serviços de saúde*: informações que contém apenas onde os serviços médicos se localizam são de uso limitado para diagnosticar áreas de escassez de RHS. Ao conjunto de variáveis trabalhadas, deve-se incorporar o conceito de barreiras de acesso aos serviços médicos, para que não se faça apenas uma medida isolada da escassez local. Ao identificar e medir as barreiras de acesso é possível descobrir se a escassez local é agravada ou minimizada pela localização geográfica. Neste estudo, realizamos o cálculo de distâncias, em tempo, da sede municipal até o município de referência da região. Adotamos como critério para definição do município de referência, aquele de maior hierarquia na escala de influência das cidades definida por IBGE (2007)¹², segundo descreve o quadro 5. Em caso de empate entre os municípios neste critério, foi selecionado aquele de maior população. Para o cálculo da distância, operacionalmente, levamos em conta a extração das coordenadas geográficas das sedes municipais. A extração consiste em um método de geocodificação feito através dos servidores da Google Inc., pelo software SIG Google Earth, tratadas e ajustadas no software QGIS versão 2.14 para correção de possíveis imprecisões.

¹² A escala de influência das cidades vai do Centro local, que é uma localidade que não se constitui como referência para as demais cidades, passando por: Centro de Zona (A e B), Centro Subregional (A e B), Capital Regional (A, B e C) e Metrópole.

Quadro 5 – Municípios de referência e classificação na hierarquia de cidades do IBGE, por região.

Região	Município de referência	Hierarquia IBGE
Vale do Ribeira	Registro	Centro Subregional (A e B)
Itapeva	Itapeva	Centro Subregional (A e B)
Vale do Jurumirim	Avaré	Centro Subregional (A e B)
Litoral Norte	Caraguatatuba	Centro Local
RM Campinas	Campinas	Capital Regional (A, B e C)

Fonte: elaboração própria a partir do estudo de regiões de influência das cidades do IBGE (2007).

3.2. Análise geral dos indicadores

As tabelas de 43 a 49 e os mapas de 1 a 7 apresentam medidas descritivas e a distribuição dos indicadores simples que foram calculados, de acordo com a definição metodológica do tópico 3.1.

No que se refere ao **número de habitantes por médico, em Equivalente de Tempo Integral**, em junho de 2016 (tabela 43 e mapa 1), observamos uma distribuição desigual entre regiões e municípios. As regiões de Campinas e do Litoral Norte se destacaram positivamente, com as menores médias de números de habitantes por médico. As regiões Vale do Ribeira, Itapeva e Vale do Jurumirim apresentaram médias maiores. A região que registrou o valor mais baixo foi o Vale do Ribeira (154 habitantes por médico no município de Pariquera-Açu) e o mais alto, Itapeva (3.431 habitantes por médico no município de Bom Sucesso do Itararé). Por conta da presença destes municípios, estas regiões apresentaram as maiores desigualdades internas (desvios-padrão de 403 e 791, respectivamente). Além de Pariquera-Açu, também apresentaram razões menores os municípios de Registro, no Vale do Ribeira; Campinas, Jaguariúna, Paulínia, Valinhos, Americana e Indaiatuba, na RM de Campinas; e São Sebastião, no Litoral Norte. Além de Bom Sucesso do Itararé, também apresentaram altas razões os municípios de Barra do Chapéu e Riversul, ambos em Itapeva.

Quando analisado o **número de habitantes por médico em Atenção Primária à Saúde, em ETI** (cada 40 horas ambulatoriais de trabalho médico nas especialidades de clínica médica, saúde da família e pediatria equivale a um profissional), a distribuição se altera um pouco (tabela 44 e mapa 2). As regiões de Campinas e Litoral Norte não se distanciaram tanto das outras

regiões, destacando uma oferta menos vigorante de APS, se comparada com a oferta total de médicos. Particularmente em Campinas, pode-se dizer que essa oferta é afetada pela ampla disponibilidade de médicos especialistas e serviços de alta complexidade. A região de Itapeva apresentou maiores dificuldades na oferta de médicos em APS, assim como foi visto para a oferta total de médicos. Já o Vale do Ribeira possuía uma distribuição muito melhor do que se comparada com o do total de médicos, mostrando a dependência que os municípios da região possuem em relação à APS. Os municípios com as razões mais altas foram Bom Sucesso do Itararé (Itapeva) e Santa Bárbara D'oeste (RM de Campinas). Já as menores razões em Parique-ra-Açu (Vale do Ribeira) e Taquarivaí (Itapeva).

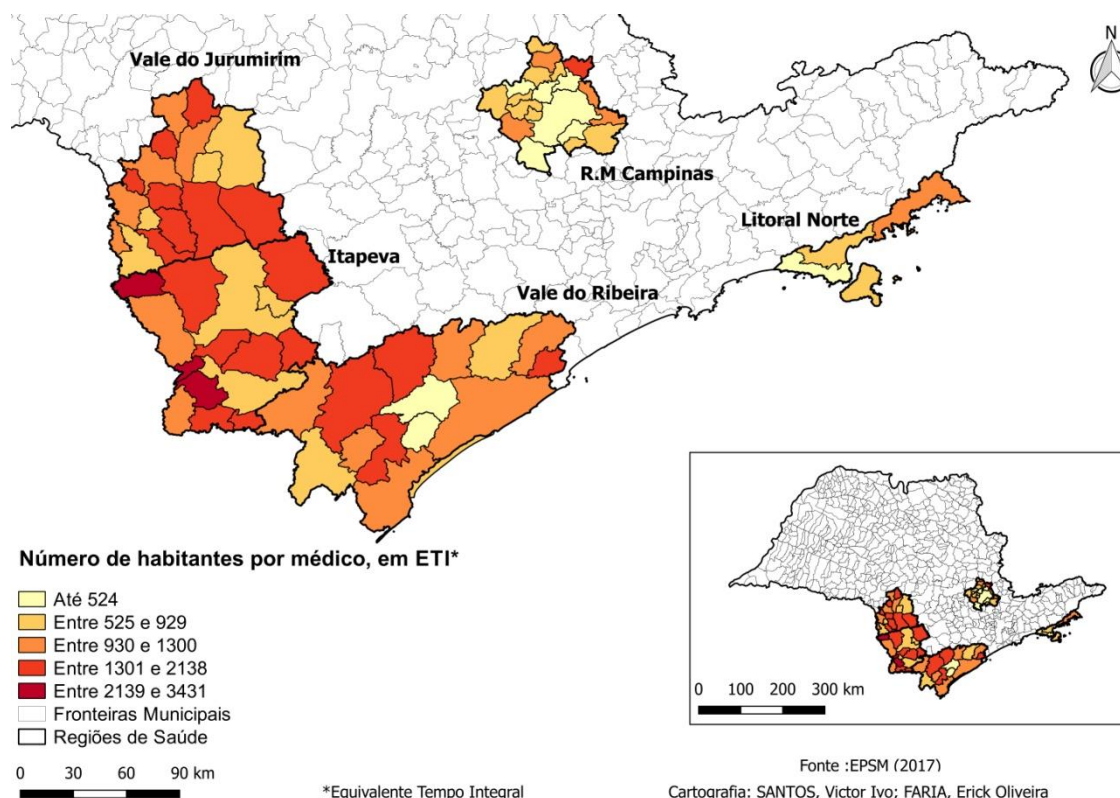
Tabela 43 – Número de habitantes por médico, em ETI*, por município – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.

Região	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Vale do Ribeira	1.108	154	1.206	1.588	403
Itapeva	1.694	624	1684	3.431	791
Vale do Jurumirim	1.262	657	1.300	1.885	341
Litoral Norte	701	439	672	1.020	251
RM Campinas	739	204	694	1.620	335

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do CNES/MS e Estimativas Populacionais do IBGE.

*ETI: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas de trabalho médico no município equivale a um profissional.

Mapa 1 – Número de habitantes por médico, em ETI*, por município – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e Estimativas Populacionais do IBGE.

*ETI: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas de trabalho médico no município equivale a um profissional.

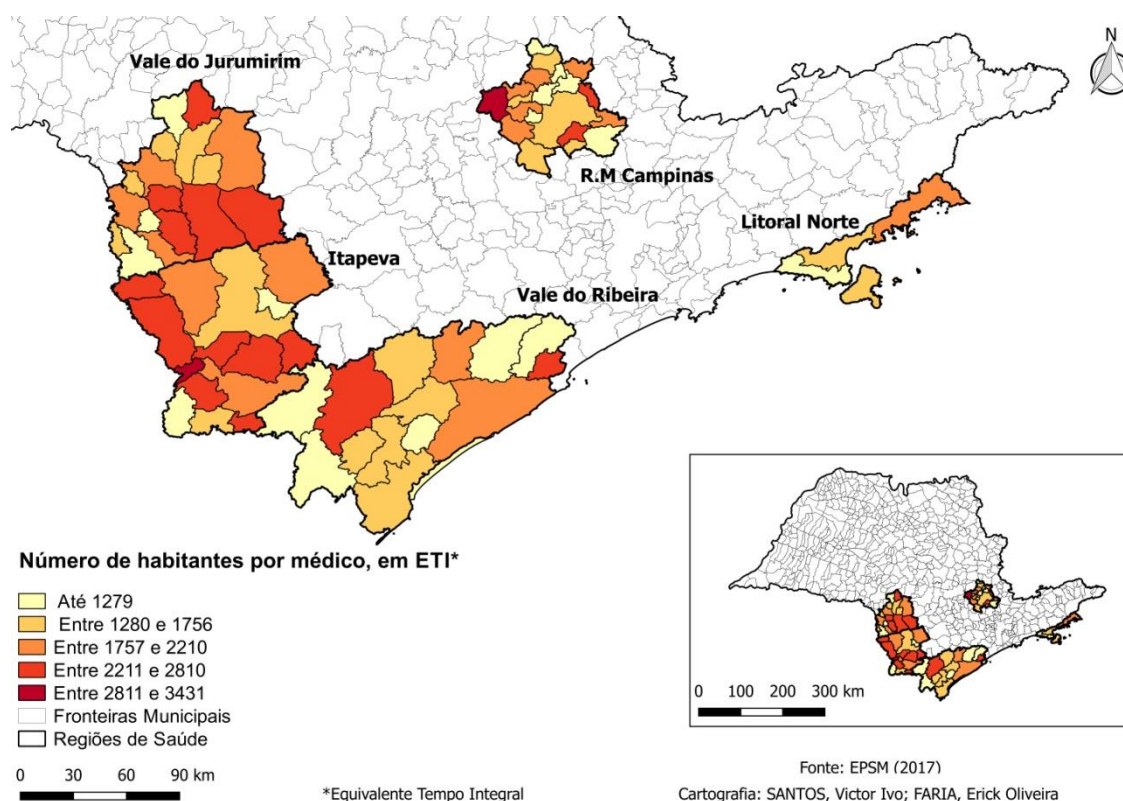
Tabela 44 – Nº de habitantes por médico em Atenção Primária à Saúde, em ETI*, por município – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.

Região	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Vale do Ribeira	1.517	660	1.403	2.365	496
Itapeva	2.153	891	2.303	3.431	698
Vale do Jurumirim	1.868	1.178	1.802	2.706	489
Litoral Norte	1.501	933	1.472	2.128	490
RM Campinas	1.758	1.046	1.697	3.157	570

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e Estimativas Populacionais do IBGE.

*ETI em APS: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas ambulatoriais de trabalho médico nas especialidades de clínica médica, saúde da família e pediatria equivale a um profissional em Atenção Primária em Saúde.

Mapa 2 – Nº de habitantes por médico em Atenção Primária à Saúde*, em ETI, por município – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e Estimativas Populacionais do IBGE.

*ETI em APS: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas ambulatoriais de trabalho médico nas especialidades de clínica médica, saúde da família e pediatria equivale a um profissional em Atenção Primária em Saúde.

Em relação à **proporção de médicos não residentes** (tabela 45 e mapa 3), os municípios da região Vale do Ribeira apresentaram maior dependência em relação à mão de obra não nativa, quando, em média, 78,2% do total do trabalho médico realizado no município era tomado por profissionais não residentes. Com apenas quatro municípios, o Litoral Norte apresentou a menor dependência, com média de 43,5%. As demais regiões possuíam médias em torno de 70%, exceto o Vale do Jurumirim, que tinha o valor mais baixo, de 20,9%. Os municípios com as menores proporções de trabalho realizado por não residentes foram Piraju, Avaré e Taquarituba, no Vale do Jurumirim; Registro, no Vale do Ribeira; Itapeva e Campinas. Um total de 15 municípios eram totalmente dependentes (100%), sendo 7 no Vale do Jurumirim, 5 em Itapeva, 2 no Vale do Ribeira e 1 na RM de Campinas.

O indicador acima apresentado deve ser contrastado com a **proporção de médicos itinerantes** (ou a proporção da soma da carga horária médica que é tomada por profissionais que se movimentam em diferentes municípios, isto é, que não são exclusivos do município – tabela 46 e mapa 4). Neste caso, o Litoral Norte também mostrou menor dependência, com proporção média de 32,2% de médicos itinerantes. Assim, além de a maioria do trabalho nos municípios da região ser realizado por médicos residentes, a movimentação desses profissionais é baixa. No Vale do Jurumirim e na RM de Campinas, encontramos a maior média de trabalho médico sendo realizado por itinerantes, de 53,5%. Esse indicador não sinaliza necessariamente dificuldades na oferta de profissionais no âmbito regional, uma vez que associado a altas taxas de médicos não residentes e de médicos que residem na própria região¹³ sugere uma importante movimentação no interior do território regional, o que pode amenizar situações de escassez. Já as regiões Vale do Ribeira e Itapeva apresentaram proporções médias de 41,6% e 47% de trabalho itinerante, respectivamente. Embora não representem a maioria, são valores que combinados às altas taxas de não residentes nos municípios da região sugerem forte dependência de médicos que vêm de outras regiões.

¹³ Como apresentado no Produto 2 deste estudo, as regiões Vale do Jurumirim e RM de Campinas apresentaram a maior proporção de indivíduos médicos residindo em municípios da própria região, 69,6% e 72,1%, respectivamente.

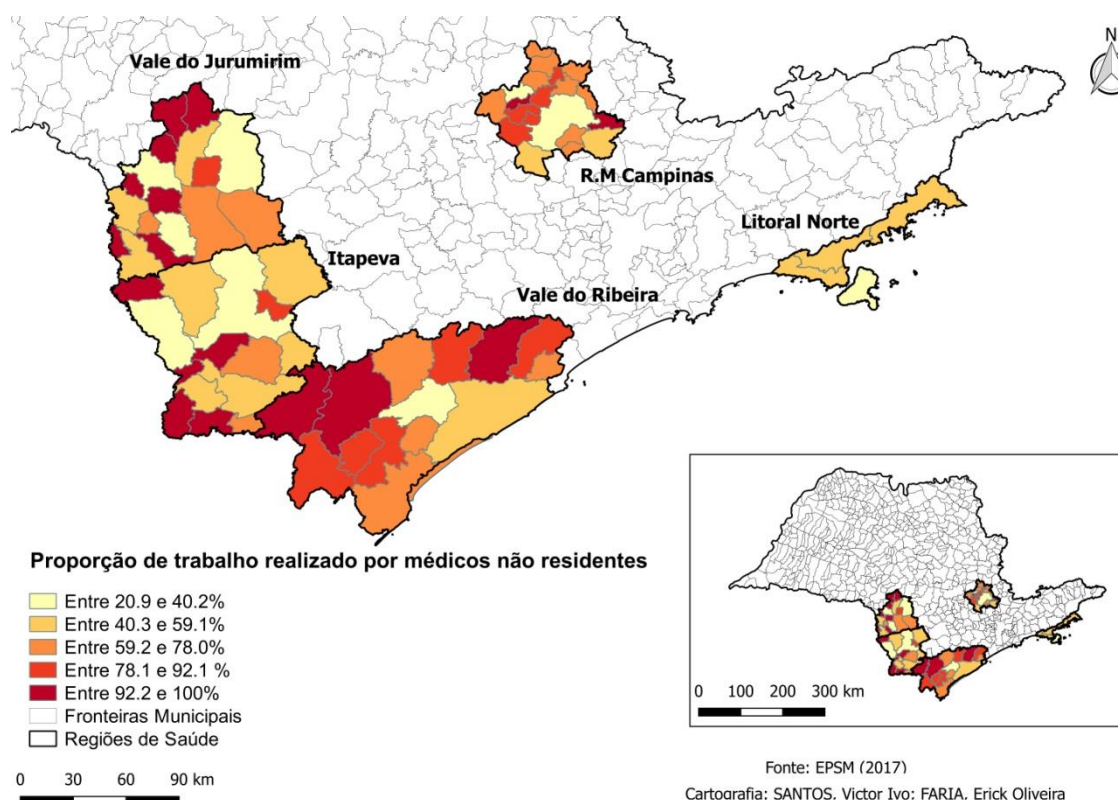
Tabela 45 – Proporção de trabalho realizado por médicos não residentes* – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.

Região	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Vale do Ribeira	78,2	33,2	80,7	100,0	18,8
Itapeva	70,7	31,5	70,3	100,0	25,3
Vale do Jurumirim	71,2	20,9	68,6	100,0	29,5
Litoral Norte	43,5	39,7	42,9	48,6	3,7
RM Campinas	72,6	33,3	73,2	100,0	17,6

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e CNEM/MS.

* Proporção da soma da carga horária médica total que é ocupada por médicos que não residem no município.

Mapa 3 – Proporção de trabalho realizado por médicos não residentes* – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e CNEM/MS.

* Proporção da soma da carga horária médica total que é ocupada por médicos que não residem no município.

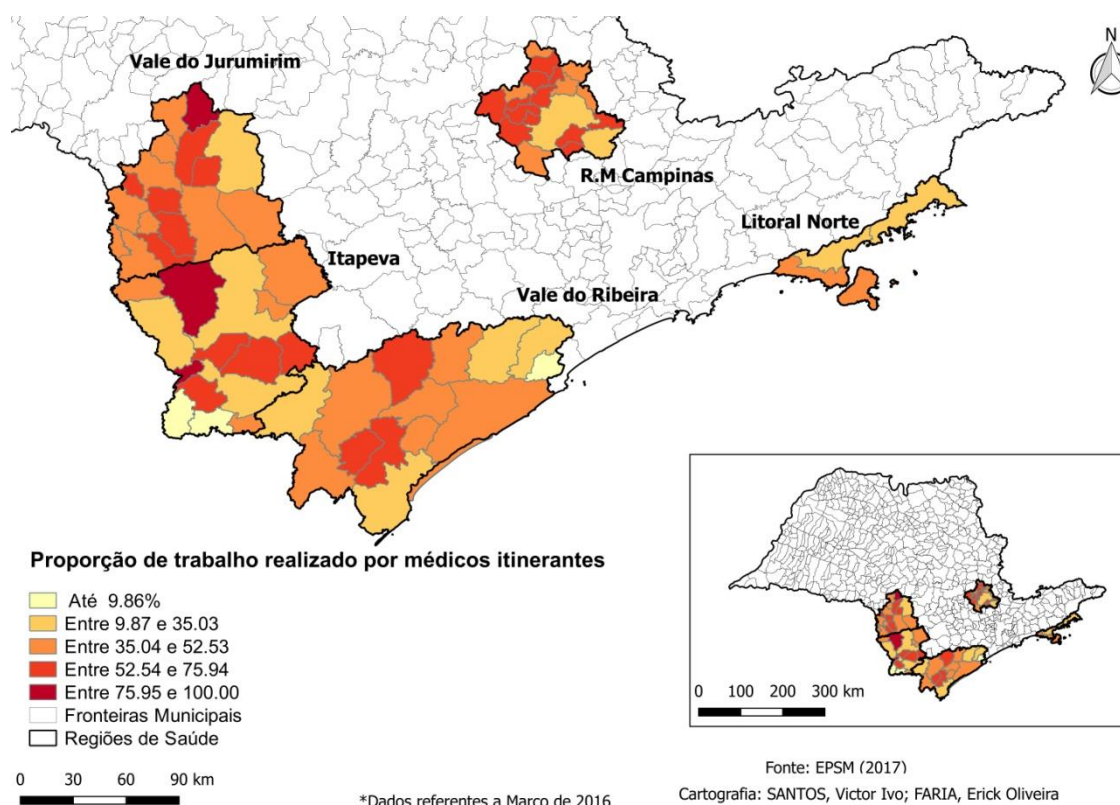
Tabela 46 – Proporção de trabalho realizado por médicos itinerantes* – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.

Região	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Vale do Ribeira	41,6	9,9	41,3	67,4	16,8
Itapeva	47,0	0,0	47,3	100,0	28,8
Vale do Jurumirim	53,5	30,3	50,2	97,9	15,8
Litoral Norte	32,2	19,8	33,6	41,7	9,9
RM Campinas	53,5	25,9	56,6	75,9	13,9

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e CNEM/MS.

* Proporção da soma da carga horária médica que é tomada por profissionais que se movimentam em diferentes municípios, isto é, que não são exclusivos do município.

Mapa 4 – Proporção de trabalho realizado por médicos itinerantes* – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e CNEM/MS.

* Proporção da soma da carga horária médica que é tomada por profissionais que se movimentam em diferentes municípios, isto é, que não são exclusivos do município.

Quanto às carências socioeconômicas (tabela 47 e mapa 5), a **Proporção de Beneficiários do PBF** em março de 2016 mostrou maiores carências socioeconômicas nas regiões do Vale do Ribeira, Itapeva e Vale do Jurumirim. Em média, as proporções foram de 27,5%, 31,6% e 17,7%, respectivamente. A região de Itapeva apresentou o maior valor máximo de proporção de beneficiários, 46,2%, e a Metropolitana de Campinas o menor valor mínimo, 3,3%. Note-se ainda que as regiões Litoral Norte e Campinas não apresentaram valores superiores a 20% de beneficiários e que a região do Vale do Jurumirim não apresentou valores superiores a 30%. Os municípios com maior carência foram Barra do Chapéu e Ribeirão Branco, ambos localizados na região de Itapeva.

A análise da **Taxa de Mortalidade Infantil** (tabela 48 e mapa 6) sugere que as regiões do Vale do Ribeira, Itapeva e Vale do Jurumirim apresentavam em 2014 as maiores necessidades em serviços de saúde, com médias de 17,6, 20,7 e 16,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos, respectivamente. É preciso destacar, porém, que a variabilidade entre municípios destas regiões é bastante significativa e que estes valores médios seguem influenciados por valores máximos muito altos. As regiões do Litoral Norte e Metropolitana de Campinas tinham uma TMI média de 10,5 e 9,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos, respectivamente, sendo que todos os municípios destas regiões apresentaram valores abaixo da média do estado de São Paulo.

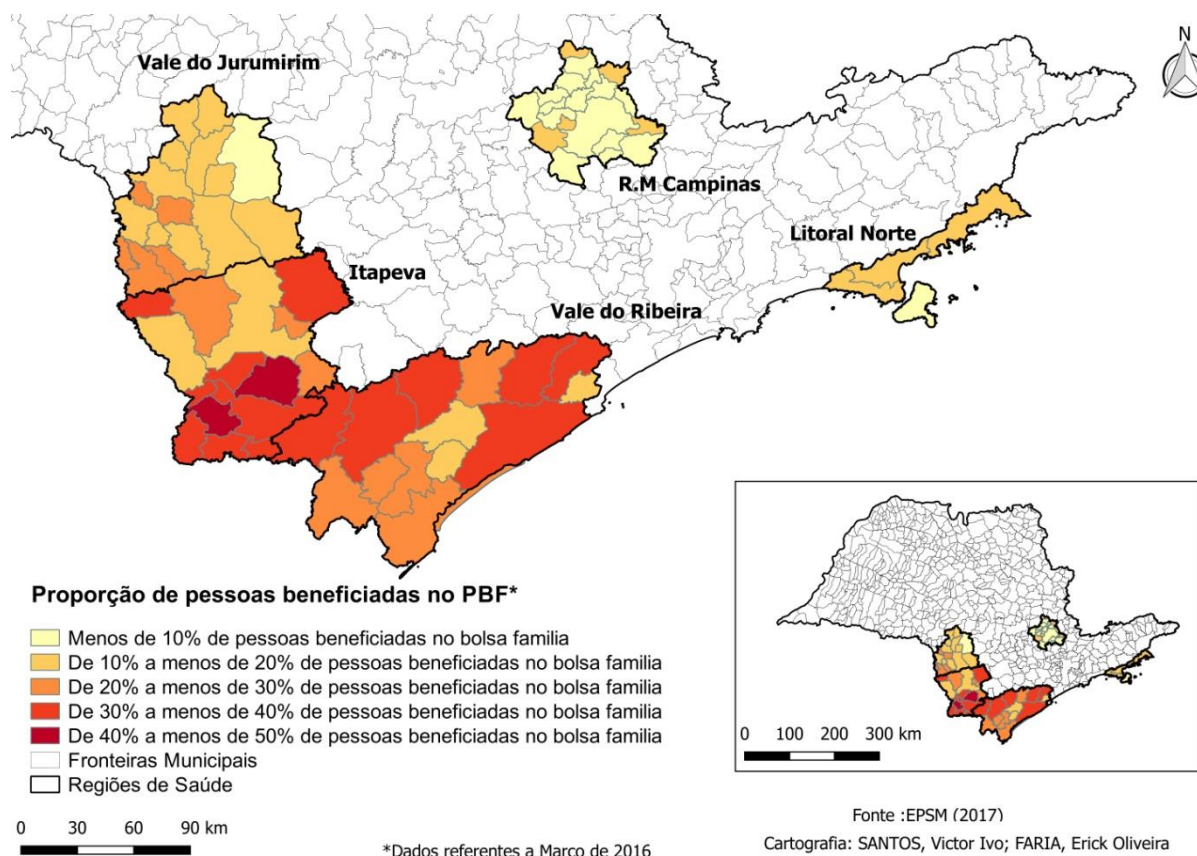
Por fim, o indicador de **Distância, em minutos, até a sede da região** (tabela 49 e mapa 7), mostra que a região de Itapeva possui o maior tempo médio de deslocamento, de 73,1 minutos, contra 30 minutos na Metropolitana de Campinas, que tem o menor valor médio. As regiões do Vale do Ribeira, Vale do Jurumirim e Litoral Norte, possuem valores médios em torno de 50 a 60 minutos. Os municípios mais distantes são, em geral, aqueles localizados no litoral (tanto na região Litoral Norte, quanto no Vale do Ribeira) e na fronteira com o Paraná (nas três regiões em que se aplicam esta condição). Os municípios mais distantes, com mais de 120 minutos em relação ao município de referência, são Itaóca e Itapirapuã Paulista, ambos em Itapeva.

Tabela 47 – Proporção de beneficiários do Programa Bolsa Família, por município – São Paulo (regiões selecionadas), março de 2016.

Região	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Vale do Ribeira	27,5	16,8	28,5	37,0	6,7
Itapeva	31,6	16,9	31,6	46,2	8,6
Vale do Jurumirim	17,7	9,8	17,5	27,0	5,9
Litoral Norte	11,7	6,9	11,9	16,3	3,9
RM Campinas	7,6	3,3	6,2	16,5	4,2

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Cadastro Único/MDSA e Estimativas Populacionais do IBGE.

Mapa 5 – Proporção de beneficiários do Programa Bolsa Família, por município – São Paulo (regiões selecionadas), março de 2016.



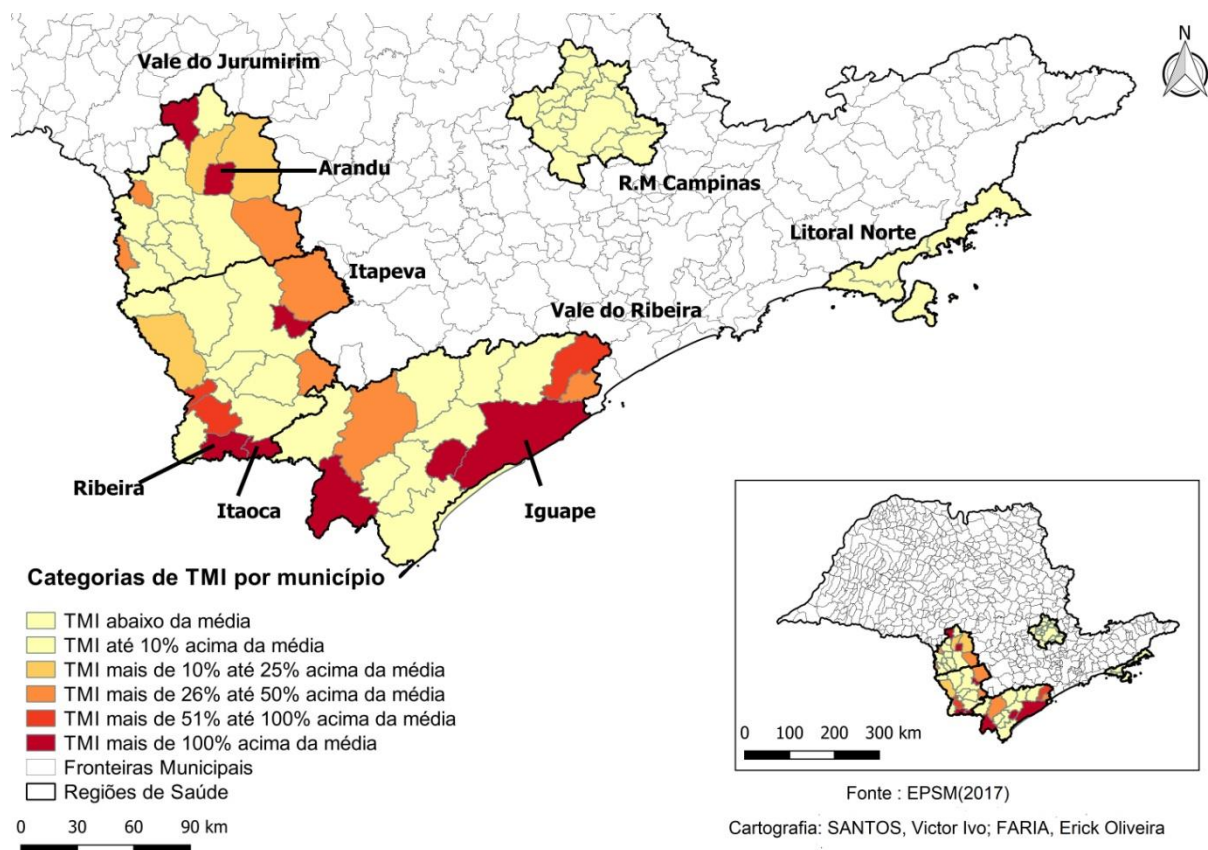
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Cadastro Único/MDSA e Estimativas Populacionais do IBGE.

Tabela 48 – Taxa de Mortalidade Infantil, por município – São Paulo (regiões selecionadas), 2014.

Região	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Vale do Ribeira	17,5	0,0	15,8	34,4	9,8
Itapeva	20,7	0,0	17,0	63,8	17,9
Vale do Jurumirim	16,2	0,0	14,3	52,6	13,4
Litoral Norte	10,5	8,9	10,1	12,8	1,9
RM Campinas	9,1	2,0	9,0	14,9	2,9

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC/MS e SIM/MS.

Mapa 6 – Taxa de Mortalidade Infantil, por município – São Paulo (regiões selecionadas), 2014.



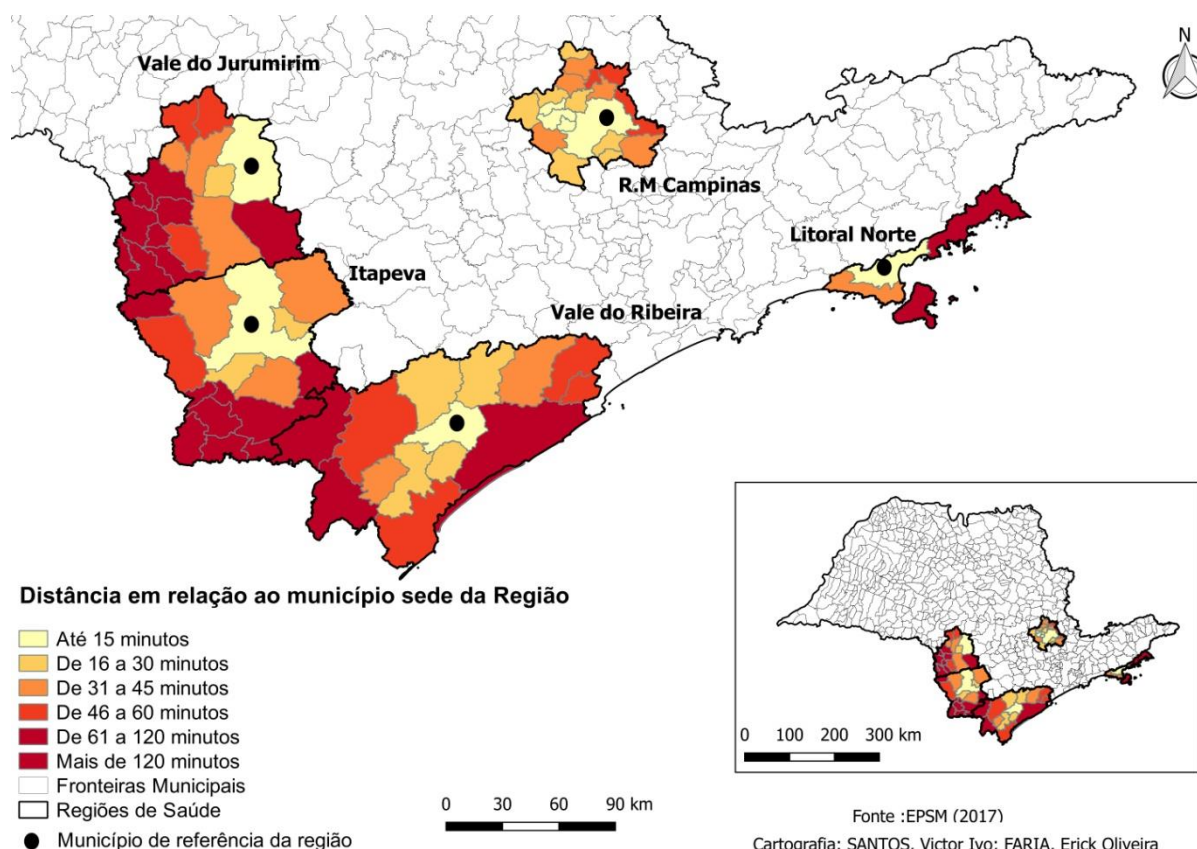
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINASC/MS e SIM/MS.

Tabela 49 – Distância, em minutos, até o município de referência da região, por município – São Paulo (regiões selecionadas).

Região	Média	Mínimo	Mediana	Máximo	Desvio Padrão
Vale do Ribeira	51,1	0,0	46,0	119,0	33,7
Itapeva	73,1	0,0	64,0	151,0	50,6
Vale do Jurumirim	58,2	0,0	62,0	100,0	25,2
Litoral Norte	55,5	0,0	62,0	99,0	43,7
RM Campinas	30,0	0,0	28,0	57,0	16,8

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Malha Geográfica e Hierarquia das Cidades do IBGE.

Mapa 7 – Distância, em minutos, até o município de referência da região, por município – São Paulo (regiões selecionadas).



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Malha Geográfica e Hierarquia das Cidades do IBGE.

Complementarmente à análise dos indicadores acima, investigamos a fixação e movimentação de médicos em áreas intermunicipais através da ETAC com profissionais. Grande parte dos 582 entrevistados declarou que trabalha no município¹⁴ há mais de 10 anos, sendo 11 anos o tempo médio de permanência dos mesmos naquele local de atuação (tabela 50). Quando analisado por região de saúde, não foi encontrada nenhuma diferença significativa, ainda que a região de Campinas tenha apresentado um valor um pouco mais alto, de 13,3 anos (tabela 51).

Tabela 50 – Tempo (em anos) que os médicos atuam no município (n=582).

Tempo em anos	N	%
Menos de 1 ano	53	9,1
De 1 a 5 anos	203	34,8
De 6 a 10 anos	103	17,6
Mais de 10 anos	223	38,5
Total	582	100,0

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Tabela 51 – Tempo médio (em anos) que os médicos atuam no município, por região de saúde.

Região	Tempo médio
Vale do Ribeira	10,9
Itapeva	10,5
Vale do Jurumirim	10,6
Litoral Norte	9,8
RM Campinas	13,3
Total Médio	11,0

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Ainda que o tempo médio de atuação no município aponte para um cenário de razoável fixação de médicos, a maioria dos entrevistados não é natural da cidade na qual trabalham, indicando, nesse sentido, um fluxo considerável de profissionais. Entre aqueles que são naturais de outro município paulista, a maioria é São Paulo (capital), já entre os que veem de outros estados, predominam os naturais do Rio de Janeiro e de Minas Gerais, conforme também foi observado durante o trabalho

¹⁴ Município em que o médico possui algum vínculo de trabalho, de acordo com os microdados do CNES e conforme elucidado na metodologia.

de campo realizado nos municípios. Entre os estrangeiros, a maioria é de nacionalidade cubana, o que era de se esperar como efeito do Programa Mais Médicos.

Tabela 52 – Naturalidade dos médicos, por região de saúde.

Região	É natural do município	É de outro município de SP	É de outro estado	É de outro país	NS/NR
Vale do Ribeira	3,2	36,8	45,3	12,6	2,1
Itapeva	18,3	51,6	16,7	12,7	0,8
Vale do Jurumirim	3,6	27,4	47,6	17,9	3,6
Litoral Norte	4,3	60,7	35,0	0,0	0,0
RM Campinas	5,6	66,2	20,6	7,5	0,0
Total Médio	7,0	48,5	33,0	10,1	1,3

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

No que diz respeito ao local de moradia, a maioria dos entrevistados (65,9%) reside no mesmo município onde atua (tabela 53). No entanto, aproximadamente um terço (31%) mora em outro município do estado, sugerindo um significativo movimento pendular nessas regiões, que supostamente contribui para amenizar as situações de escassez¹⁵. A região de Campinas é a que apresenta a menor proporção de médicos que reside no próprio município, certamente em função das características metropolitanas da região, que facilita o deslocamento entre as cidades do entorno.

Tabela 53 – Local de residência dos médicos, por região de saúde.

Região	Reside no próprio município	Reside em outro município de SP	Reside em outro estado
Vale do Ribeira	56,8	33,7	9,5
Itapeva	77,0	21,4	1,6
Vale do Jurumirim	64,3	32,1	3,6
Litoral Norte	79,5	19,7	0,9
RM Campinas	51,9	48,1	0,0
Total Médio	65,9	31,0	3,1

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

Aproximadamente um terço dos entrevistados (31,4%) trabalha em mais de um município. Essa proporção é consideravelmente menor na região de Itapeva, o que pode estar associado ao fato da região ter a cidade-sede com o maior tempo médio de deslocamento para os municípios do entorno, além de ter estradas consideradas precárias e perigosas, conforme observado a partir das

¹⁵ Há ainda outros 3,1% que residem em outro estado.

informações coletadas em campo. Campinas, por sua vez, que tem o menor tempo médio de deslocamento até os municípios vizinhos, tem a maior proporção de médicos que atua em mais de um município. Entre os 185 entrevistados que trabalham em outra(s) cidade(s), a maioria (52,2%) gasta até 30 minutos no trajeto até o trabalho, se deslocando, em média, 2 vezes por semana. A maior parte dos médicos que se desloca, em todas as regiões pesquisadas, o faz para ir trabalhar em hospitais (públicos e/ou privados).

Tabela 54 – Atuação profissional em outros municípios, por região de saúde.

Região	Sim	Não
Vale do Ribeira	37,9	62,1
Itapeva	2,4	97,6
Vale do Jurumirim	35,7	64,3
Litoral Norte	33,3	66,7
RM Campinas	48,1	51,9
Total Médio	31,4	68,5

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

3.3. Escassez municipal de médicos em atenção primária

Com o objetivo de identificar e mensurar a escassez de médicos foi construído o Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária em Saúde, elaborado para os municípios brasileiros pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (Girardi *et al.*, 2010, 2012, 2013). A vantagem do mesmo é a de caracterizar as iniquidades distributivas de RHS, para além do critério usualmente utilizado de razão de médicos por habitantes. Nesse sentido, a esta razão são adicionados indicadores relativos às carências socioeconômicas, altas necessidades em saúde e dificuldade de acesso a serviços de saúde por parte das populações estudadas, permitindo caracterizar situações de insegurança assistencial. Em suma, identificam-se não só as situações de notável insuficiência de profissionais médicos, mas também aquelas em que, mesmo com parâmetros adequados de oferta, mostram-se vulneráveis do ponto de vista socioeconômico, de saúde e de acesso. O referido índice foi utilizado como referência para identificar áreas geográficas das regiões selecionadas que vivenciam situações de escassez de profissionais, bem como o grau desta escassez.

A construção do índice de escassez envolveu a combinação simples dos indicadores, tomando como referência geográfica o município. Como apresentado no tópico anterior, estes indicadores foram atualizados, conforme descrito no quadro 6, e avaliados preliminarmente através de medidas estatísticas de distribuição nos municípios componentes de cada região, sendo a média, mediana, máximo, mínimo e desvio padrão. Após esta avaliação, os indicadores foram classificados num gradiente de 0 a 5 de acordo com a intensidade da ocorrência do evento, conforme descreve o quadro 7.

Após definição e construção dos quatro indicadores, foi realizada a identificação de municípios com escassez de médicos em APS. Assim, consideraram-se automaticamente incluídos os municípios com razão acima de 3.000 habitantes por médico. Adicionalmente foram incluídos municípios com número de médicos acima do parâmetro, mas com maiores necessidades sociais e de saúde, sendo: (i) municípios com um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e TMI de mais de 100% acima da média nacional; (ii) municípios com um médico para 1.500 até menos de 3.000 habitantes e mais de 50% dos domicílios na pobreza;

Entre os municípios identificados com escassez, foi mensurada sua intensidade. A soma proveniente das notas em cada um dos indicadores é o valor do índice, variável de 1 a 20. 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 4: Traços de escassez; 5 a 8: Escassez Baixa; 9 a 12: Escassez Moderada; 13 a 16: Escassez Alta; 17 a 20: Escassez Severa).

Quadro 6 – Composição do índice de escassez segundo indicadores, bases e fontes de dados e variáveis.

Dimensões	Indicadores	Bases de dados/fontes	Variáveis
Disponibilidade de RHS	Razão de médicos, em ETI, por mil habitantes	CNES/MS Estimativa populacional do IBGE	Número de médicos em equivalência de tempo completo (Full Time Equivalent – cada 40 horas de atividade médica corresponde a um profissional) em junho de 2016, considerando: - Médicos em especialidades básicas (clínica geral, saúde da família e pediatria), considerando apenas as horas ambulatoriais, independente do tipo de estabelecimento. Projeção da população em 2016;
Carências socioeconômicas	Proporção de moradores beneficiários do Programa Bolsa Família	Cadastro Único/MDSA	Número de pessoas beneficiárias do PBF em março de 2016, em relação ao total da população residente no município;
Necessidades de saúde	Taxa de Mortalidade Infantil	SINASC/MS	Número de nascidos vivos segundo local de residência da mãe em 2014;
		SIM/MS	Número de óbitos com menos de 1 ano de idade em 2014;
Barreiras de acesso	Distância, em minutos, até o município de referência da região	Malha Geográfica do IBGE; Regiões de Influência do IBGE; SIG Google Earth	Coordenadas municipais (extraídas por metodologia específica);

Fonte: Elaboração própria.

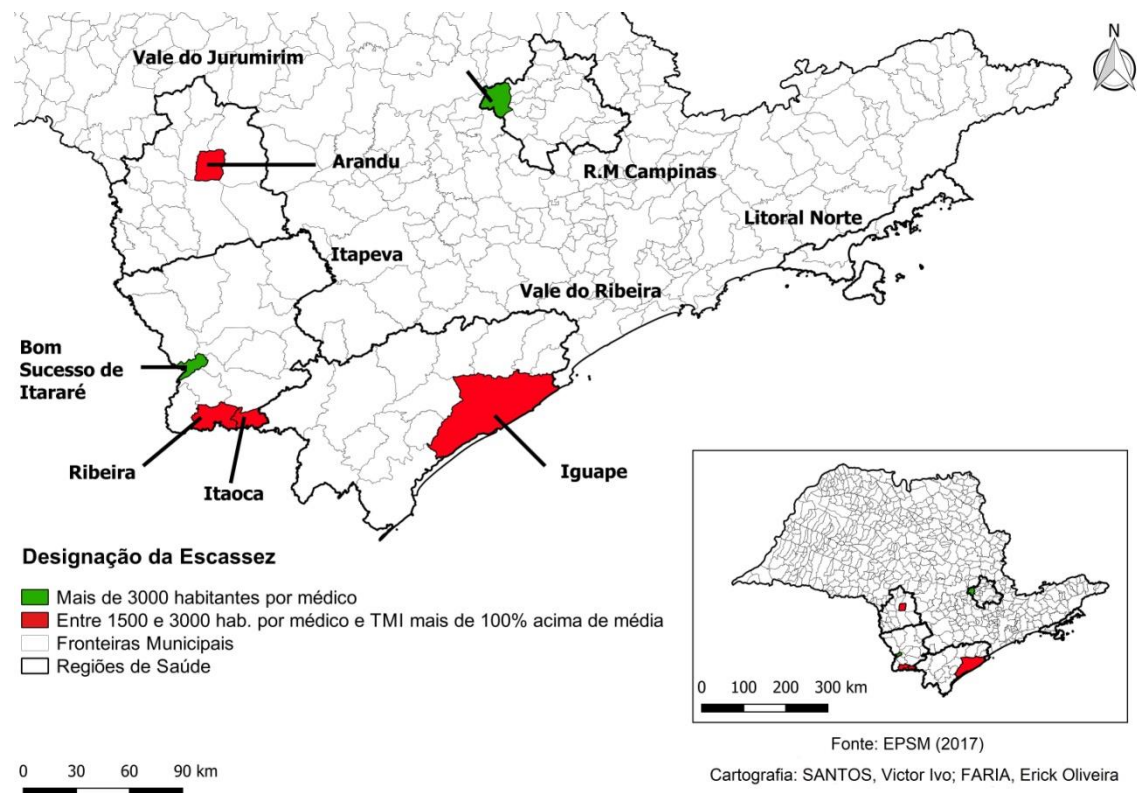
Quadro 7 – Categorias dos indicadores de avaliação da escassez de médicos.

Indicadores	Categorias	
Razão de médicos, em ETI, por habitante, em junho de 2016	1	1 médico p/ até 3.000 hab.
	2	1 médico p/ mais de 3.000 até 4.000 hab.
	3	1 médico p/ mais de 4.000 até 5.000 hab.
	4	1 médico p/ mais de 5.000 até 10.000 hab.
	5	1 médico p/ mais de 10.000 até 15.000 hab.
	6	1 médico p/ mais de 15.000 hab./sem médico
Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em 2014	1	TMI abaixo da média nacional
	2	TMI até 10% acima da média
	3	TMI mais de 10% até 25% acima da média
	4	TMI mais de 25% até 50% acima da média
	5	TMI mais de 50% até 100% acima da média
	6	TMI mais de 100% acima da média
Proporção de beneficiários do Programa Bolsa Família em março de 2016	1	Menos de 10%
	2	De 10% a menos de 20%
	3	De 20% a menos de 30%
	4	De 30% a menos de 40%
	5	De 40% a menos de 50%
	6	50% ou mais
Distância, em minutos, até o município de referência da região	1	Até 15 minutos
	2	De 16 a 30 minutos
	3	De 31 a 45 minutos
	4	De 46 a 60 minutos
	5	De 61 a 120 minutos
	6	Mais de 120 minutos

Fonte: adaptado de Girardi, et al. (2012).

O mapa 8 descreve os municípios das cinco regiões do estudo segundo os critérios de designação do índice de escassez de médicos em APS. Dos 71 municípios pesquisados, 6 foram identificados com escassez, sendo: Santa Bárbara d'Oeste na RM de Campinas e Bom Sucesso do Itararé, na região de Itapeva, que foram designados por possuir uma razão de mais de 3000 habitantes por médico, que é o parâmetro da APS, segundo definido pelo Ministério da Saúde para a Estratégia de Saúde da Família. Os municípios de Arandu (Vale do Jurumirim), Iguape (Vale do Ribeira) e Ribeira e Itaóca (ambos em Itapeva) possuíam entre 1500 e 3000 habitantes por médico, porém a Taxa de Mortalidade Infantil ficou mais de 100% acima da média do estado de São Paulo, configurando uma situação de alta necessidade de saúde.

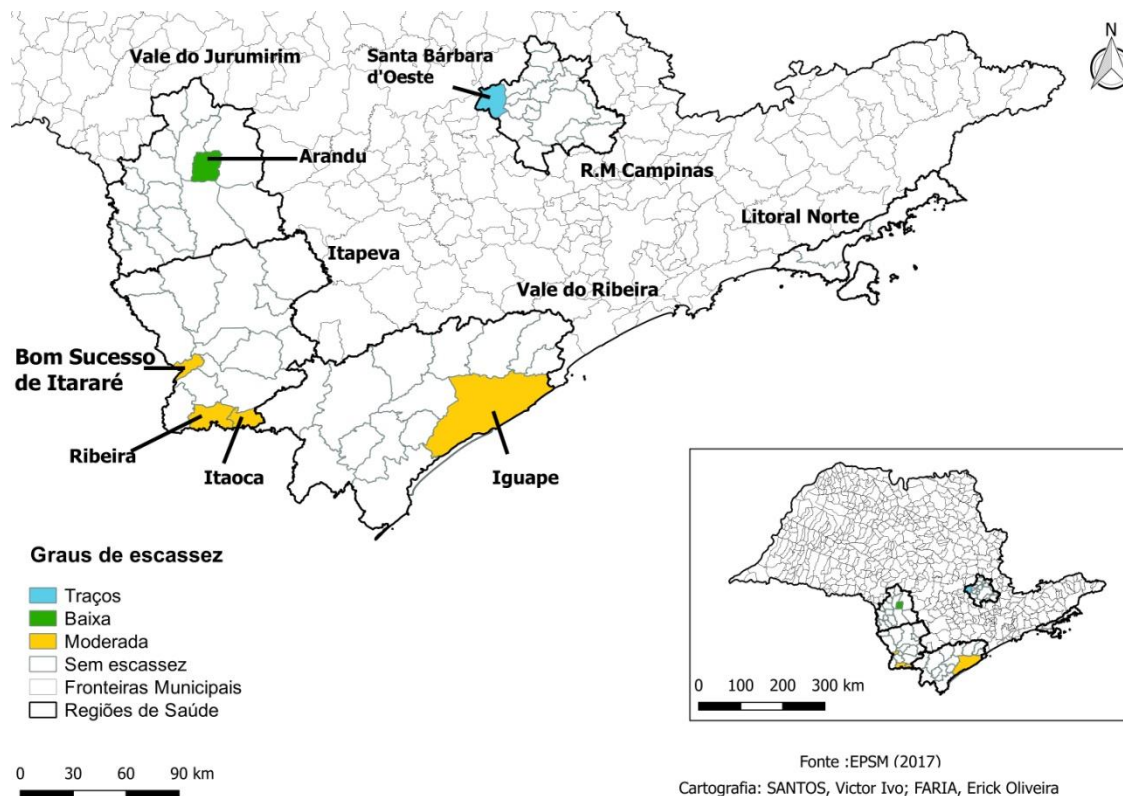
Mapa 8 – Critérios de designação do Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária em Saúde – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS; SINASC/MS, SIM/MS, Censo Demográfico, Estimativas Populacionais, Malha Geográfica e Hierarquia das Cidades do IBGE.

O mapa 9 descreve os municípios das cinco regiões do estudo segundo os níveis do índice de escassez de médicos em APS. O município de Santa Bárbara D'Oeste foi identificado com traços de escassez, que é o menor nível do índice. Em seguida aparece o município de Arandu, com escassez baixa. Os municípios de Iguape, Bom Sucesso do Itararé, Ribeira e Itaóca aparecem com escassez moderada. Nenhum município possuía escassez alta ou severa, que são os níveis mais críticos do indicador.

Mapa 9 – Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária em Saúde – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.



Fonte: : Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS; SINASC/MS, SIM/MS, Censo Demográfico, Estimativas Populacionais, Malha Geográfica e Hierarquia das Cidades do IBGE.

3.4. Escassez de médicos da atenção primária em áreas intramunicipais

Um dos limites à utilização do índice de escassez de médicos é a definição do município como unidade geográfica. Embora se configure como unidade política-administrativa da prestação de serviços de APS, enquanto unidade analítica o município não se apresenta com sensibilidade para identificar situações de escassez de médicos localizadas em seu interior, por exemplo, aquelas localizadas em áreas de favelas ou distantes da área central. Tais situações são notáveis em grandes municípios de regiões metropolitanas que possuem oferta suficiente de médicos, quando considerada em sua totalidade, mas a mesma se encontra mal distribuída no espaço intrametropolitano.

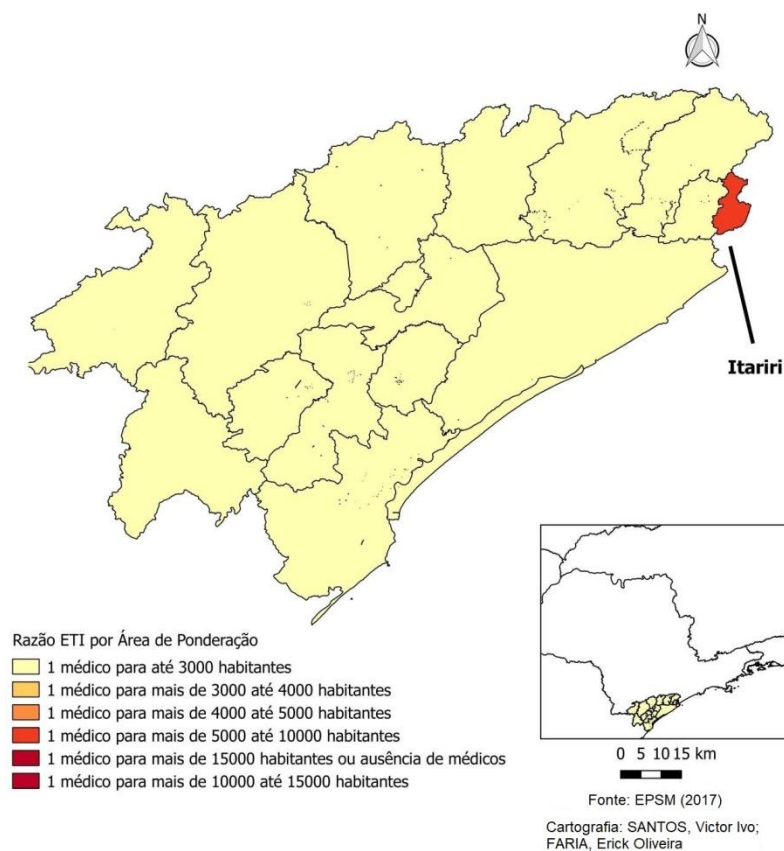
Para tanto, optamos por conduzir um exercício preliminar de identificação de áreas de escassez em territórios intramunicipais, considerando como unidade geográfica as Áreas de Ponderação (AP)¹⁶. A escolha das AP se deu em função da disponibilidade de malhas geográficas neste nível geográfico, tendo em vista que as mesmas foram construídas pelo IBGE. Dessa forma, os profissionais (ou carga horária médica) foram contados a partir da localização dos estabelecimentos de saúde nas AP. Para tanto, foi feito o mesmo procedimento de extração de coordenadas geográficas com base nos endereços disponíveis nas bases do CNES e na malha geográfica do IBGE. Os mapas de 10 e 14 descrevem, para cada região, a razão de habitantes por médicos em APS, segundo as mesmas categorias elaboradas para este indicador no cálculo do índice de escassez. Nesse sentido, áreas de ponderação com um médico para mais de 3.000 habitantes foram consideradas com escassez.

A região do Vale do Ribeira apresenta uma homogeneidade na oferta de médicos, estando quase inteiramente dentro da faixa considerada como parâmetro – um médico para até 3.000 habitantes (mapa 10). Parte desse quadro se explica pelo fato de os municípios serem pequenos em termos populacionais e, por isso, existir poucas áreas de ponderação intramunicipais – quase todos os municípios têm 100% de seu território representado por uma única área. Nesse sentido, é possível que situações de escassez não sejam capitadas por esta metodologia. O município de Itariri é uma exceção, pois uma de suas duas áreas se apresenta com

¹⁶ Define-se área de ponderação como sendo uma unidade geográfica, formada por um agrupamento mutuamente exclusivo de setores censitários contíguos, para a aplicação dos procedimentos de calibração dos pesos de forma a produzir estimativas compatíveis com algumas das informações conhecidas para a população como um todo. O tamanho dessas áreas, em termos de número de domicílios e de população, não pode ser muito reduzido, sob pena de perda de precisão de suas estimativas. Assim este tamanho mínimo foi definido em 400 domicílios ocupados na amostra, exceto para os municípios que não atingem este total onde, neste caso, o próprio município é considerado uma área de ponderação (IBGE, 2010).

escassez, já que a oferta ali identificada é de um médico para mais de 5 mil até 10 mil habitantes. Possivelmente é uma área rural, a qual, a depender da distância até o centro urbano do município, pode não possuir uma situação efetiva de escassez. Ressalta-se que o município de Iguape, identificado com escassez moderada em função de uma alta taxa de mortalidade infantil, não possui AP intramunicipal, por isso, não foi possível identificar quadros internos que agravam tal situação.

Mapa 10 – Nº de médicos em Atenção Primária à Saúde* por habitante, em ETI, por área de ponderação – Região do Vale do Ribeira, junho de 2016.

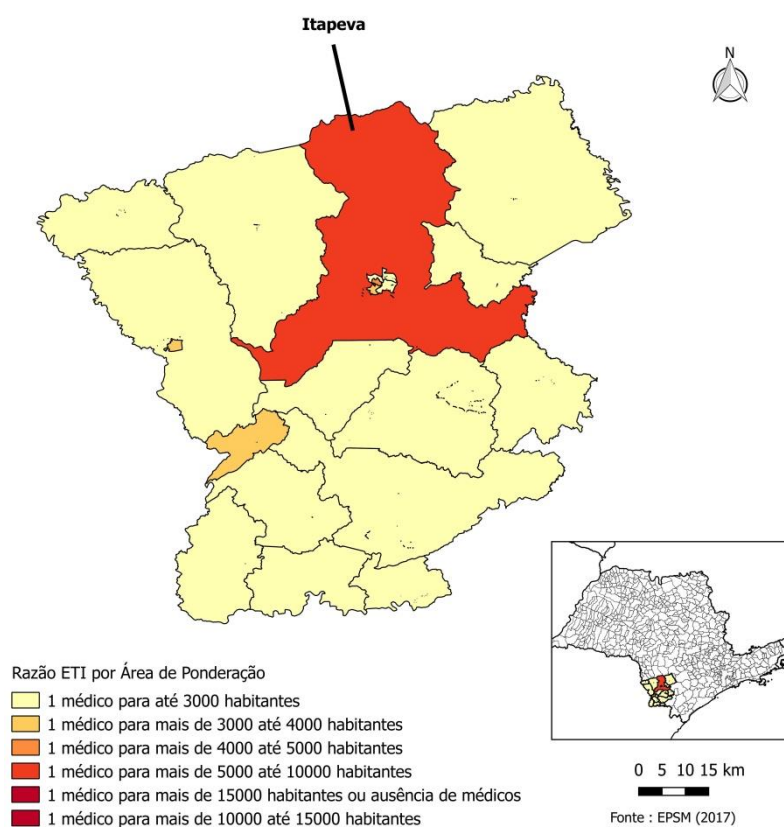


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e Estimativas Populacionais do IBGE.
*ETI em APS: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas ambulatoriais de trabalho médico nas especialidades de clínica médica, saúde da família e pediatria equivale a um profissional em Atenção Primária em Saúde.

Na região de saúde de Itapeva, pode-se observar que há uma maior quantidade de áreas de ponderação com escassez de médicos (mapa 11). Destas áreas, o município de Itapeva é o que apresenta, *a priori*, o quadro mais heterogêneo, existindo dentro de seus limites áreas com diferentes ofertas de médicos. O quadro mais grave ocorre em todo o entorno do

território, na fronteira com outros municípios. A concentração da população em uma pequena área pode ser uma das causas desta discrepância. Possivelmente uma grande parte dos habitantes se encontra na área Centro-Sul do município, correspondente a uma área urbana, levando a uma maior concentração de trabalho médico nesta área. Também apresentou situações discrepantes o município de Itararé. O município de Bom Sucesso do Itararé aparece em sua totalidade com escassez, assim como foi identificado no índice de escassez.

Mapa 11 – Nº de médico em Atenção Primária à Saúde* por habitante, em ETI, por área de ponderação – Região de Itapeva, junho de 2016.

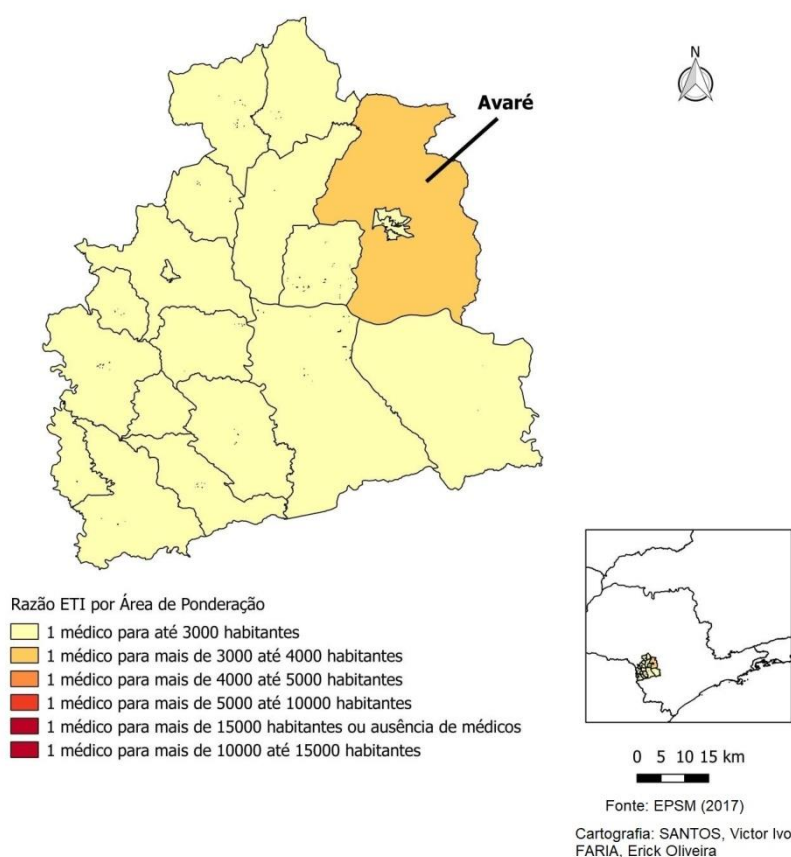


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e Estimativas Populacionais do IBGE.
 *ETI em APS: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas ambulatoriais de trabalho médico nas especialidades de clínica médica, saúde da família e pediatria equivale a um profissional em Atenção Primária em Saúde.

A maior parte das áreas do Vale do Jurumirim apresenta a quantidade de médicos dentro do parâmetro (mapa 12). Assim como ocorreu com a cidade sede de Itapeva, neste caso, a sede Avaré também apresenta uma área no entorno da área central, na fronteira com outros municípios, que destoa das demais, apresentando uma menor proporção de médicos por habi-

tante. Aqui, mais uma vez, possivelmente se trata da área rural do município, que pode não se configurar como uma situação efetiva de escassez de médicos, a depender da forma como os serviços são organizados e a distância de acesso aos serviços de saúde por parte das populações aí residentes.

Mapa 12 – Nº de médico em Atenção Primária à Saúde* por habitante, em ETI, por área de ponderação – Região do Vale do Jurumirim, junho de 2016.



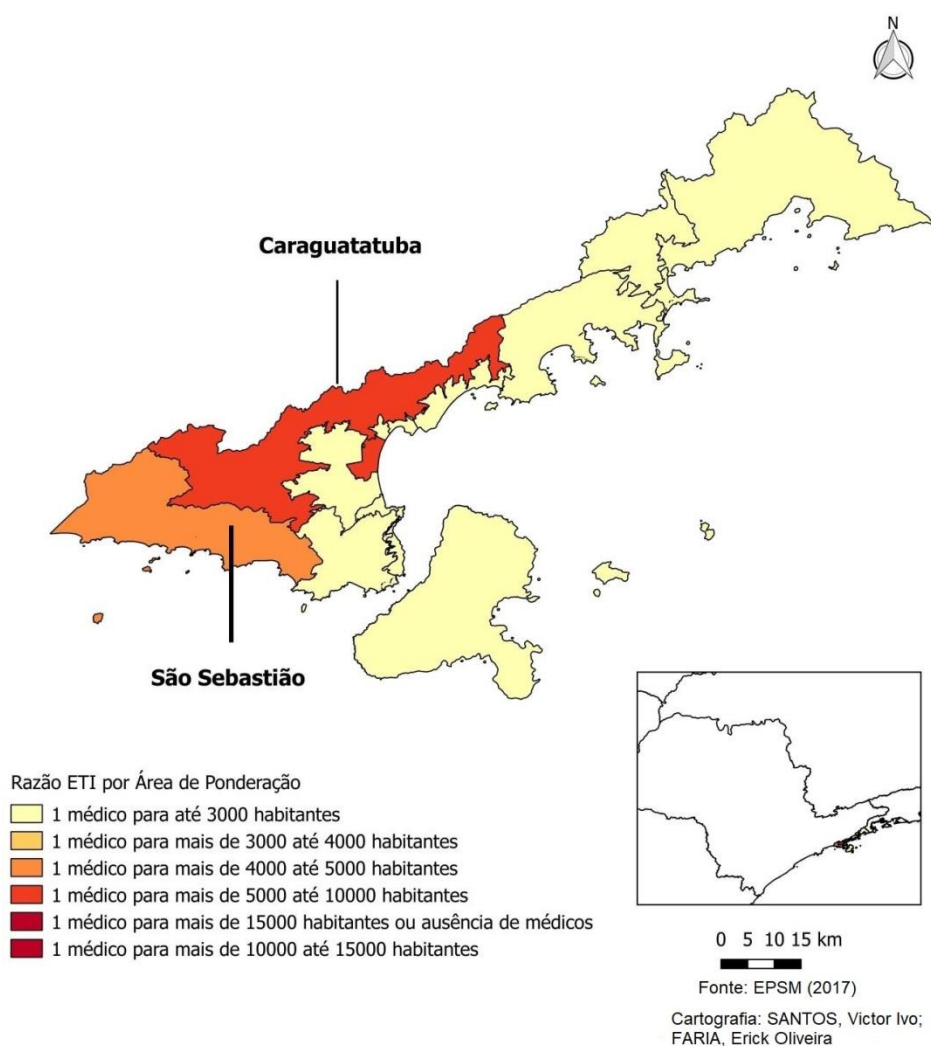
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e Estimativas Popacionais do IBGE.

*ETI em APS: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas ambulatoriais de trabalho médico nas especialidades de clínica médica, saúde da família e pediatria equivale a um profissional em Atenção Primária em Saúde.

Na região do Litoral Norte é possível observar que a maior parte das áreas apresentam a quantidade desejada de médicos (mapa 13). Já outras duas áreas de ponderação apresentam um resultado de escassez, sendo uma em Caraguatatuba (com um médico para mais de 5.000 até 10.000 habitantes) e outra em São Sebastião (mais de 4.000 até 5.000). Embora os dois municípios, como um todo, tenham uma oferta suficiente de médicos, tais áreas, a depender

de certos fatores, tais como distância até os serviços de saúde, pode representar uma efetiva escassez de médicos.

Mapa 13 – Nº de médico em Atenção Primária à Saúde* por habitante, em ETI, por área de ponderação – Litoral Norte, junho de 2016.



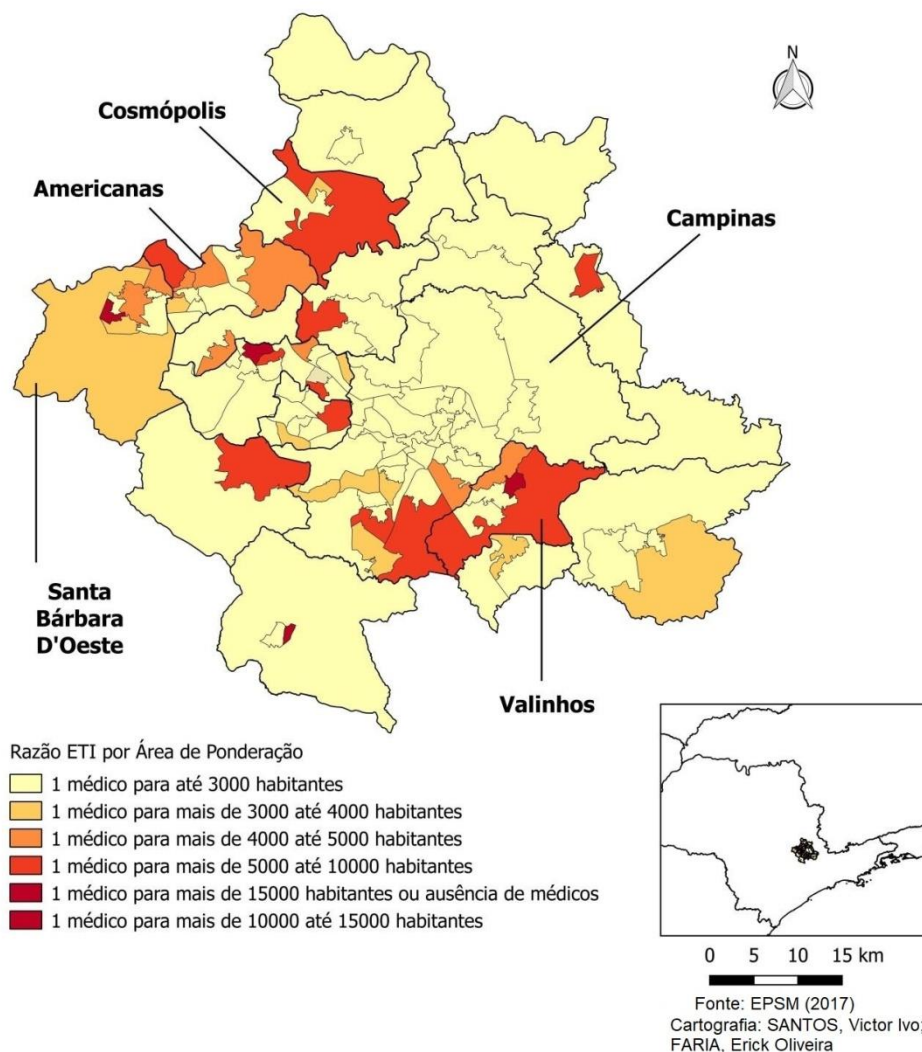
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e Estimativas Populacionais do IBGE.

*ETI em APS: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas ambulatoriais de trabalho médico nas especialidades de clínica médica, saúde da família e pediatria equivale a um profissional em Atenção Primária em Saúde.

Diferente das demais regiões a Região Metropolitana de Campinas apresenta um maior número de habitantes e consequentemente um maior número de áreas de ponderação (mapa 14). Diversos municípios como Santa Bárbara D'Oeste, Valinhos, Cosmópolis, Americana-

na e Campinas apresentam áreas intramunicipais com escassez de médicos da atenção primária. Estes municípios estão com a maior parte de suas áreas em faixas que fogem da quantidade indicada de médicos, sendo Santa Bárbara D'Oeste e Valinhos os municípios que mostram um menor número de médicos por habitante. A proximidade com uma grande cidade como Campinas, que absorve as pessoas provenientes de outros municípios da região, poderia ser um atenuante, mas a própria cidade de Campinas apresenta desigualdade distributiva em seu interior.

Mapa 14 – Nº de médico em Atenção Primária à Saúde* por habitante, em ETI, por área de ponderação – Região Metropolitana de Campinas, junho de 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e Estimativas Populacionais do IBGE.
*ETI em APS: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas ambulatoriais de trabalho médico nas especialidades de clínica médica, saúde da família e pediatria equivale a um profissional em Atenção Primária em Saúde.

3.5. Escassez de médicos especialistas

Com o objetivo de aprofundar a compreensão da escassez de médicos, buscamos ampliar a análise considerando as especialidades médicas. Dada a complexidade de desenvolver índices agregados ou específicos, em função da particularidade e complexidade de cada especialidade, lançamos mão de uma metodologia alternativa. Para tanto, realizamos uma análise em dois tempos. Primeiramente, uma análise de *cluster* para classificar os 71 municípios localizados nas regiões selecionadas de acordo com os indicadores de mensuração da escassez de médicos, que foram trabalhados neste capítulo. Essa técnica permite identificar os grupos que se assemelham, de acordo com as características em questão. Dessa forma, os municípios foram agrupados segundo graus variados de oferta de profissionais – medida segundo a razão, em ETI, de médicos e de médicos em APS, proporção de médicos não residentes no município e proporção de médicos itinerantes – e das dimensões que agravam os estados de escassez (proporção de habitantes na pobreza, taxa de mortalidade infantil e distância, em minutos, até a sede da região). Em seguida, o resultado da análise de *cluster* foi cruzado com a informação de razão de médicos, em ETI, para algumas especialidades, verificando-se a variação da distribuição de oferta de especialistas em torno dos grupos identificados.

Para cada *cluster* identificado na análise, apresentamos o número de municípios e a média de cada indicador considerado (tabela 55); a média da razão de especialistas, em ETI, por 100 mil habitantes (tabela 56); e a identificação dos municípios e regiões (quadro 8). No cômputo geral os resultados descrevem quatro *clusters* com as seguintes características:

1. *Cluster 1*: é composto de 8 municípios (Apiaí, Barão de Antonina, Barra do Chapéu, Barra do Turvo, Iporanga, Itaóca, Itapirapuã Paulista e Ribeira). Apresenta o quadro mais grave em termos de escassez de médicos, embora se verifique concentração de trabalho em APS. No total, são 0,83 médicos por mil habitantes, a menor razão em comparação aos demais grupos. Porém, a oferta de médicos em APS, de 0,68 por mil habitantes, é a segunda maior. É o grupo com a maior proporção de pobres, maior TMI e maior distância em relação ao município sede, situações que agravam consideravelmente os quadros de escassez. Em média, mais de 80% dos médicos não residem nos municípios, mas menos de 30% são de médicos itinerantes – ou seja, embora a grande maioria seja proveniente de outros municípios, estes profissionais tendem a se ocupar apenas nestes municípios, o que pode estar relacionado à concentração de trabalho em APS, a qual, em geral, possui trabalhos

em tempo integral. É o grupo com a menor diversidade de especialistas, não possuindo oferta em dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, oftalmologia, entre outras. Dentre as especialidades com existência de profissionais e comparativamente aos demais grupos, apresenta escassez de pediatras e radiologistas e sobre oferta de ortopedistas. As razões de anesthesiologistas, clínicos, psiquiatras e cirurgiões gerais por habitantes têm magnitudes intermediárias.

2. *Cluster 2*: com 19 municípios, apresenta 0,85 médicos por mil habitantes, uma razão baixa e semelhante à encontrada no grupo 1. Neste caso, porém, a oferta de médicos em APS é menor, de 0,55, e a presença de especialistas é mais diversificada. Apresenta um quadro melhor do ponto de vista das situações agravantes dos quadros de escassez, em comparação ao grupo anterior. Possui especialistas em todas as especialidades investigadas, com exceção da medicina intensiva. Para todas as especialidades, a razão de médicos especialistas por habitante é a menor, relativamente aos demais grupos. Essa situação, no entanto, pode ser considerada adequada, caso se considere que os outros grupos apresentem sobre oferta de especialistas. Possivelmente, são municípios que ofertam um quadro abrangente de serviços especializados, mas que podem estar voltados para atender demandas locais e não regionais.
3. *Cluster 3*: é o grupo com o maior número de municípios, totalizando 32. Composto por aqueles que estão relativamente próximos das sedes regionais (com 37 minutos de deslocamento, em média) e que possuem baixa proporção de pobres e de exposição à mortalidade infantil. Quase 90% dos médicos não são residentes nos municípios e mais de 60% são itinerantes, o que sugere que são as localidades em que os médicos mais se deslocam. A oferta de especialistas é maior do que aquela observada no grupo 2, mas é menor do que a do grupo 4. Dessa forma, parece se constituir como um grupo que atende demandas de outras localidades, ainda que não sejam referências de nível regional.
4. *Cluster 4*: é composto pelos 12 municípios com maior oferta de médicos em todos os indicadores analisados, inclusive em atenção primária. Todas as cinco sedes regionais estão aqui localizadas – Campinas, Caragatatuba, Avaré, Itapeva e Ribeira. Além deles estão os municípios de Americana, Cerqueira César, Indaiatuba, Itararé, Itatiba, Pariquera-Açu e São Sebastião. Como se poderia supor, é o grupo com a maior presença de médicos residentes e menor proporção de pessoas em situação de pobreza.

Tabela 55 – Número de municípios e médias dos indicadores por *cluster*.

	<i>cluster</i>			
	1	2	3	4
Número de municípios	8	19	32	12
Razão do número de médicos, em FTE, por 1000 habitantes	0,83	0,85	1,08	2,36
Razão do número de médicos em APS, em FTE, por 1000 habitantes	0,68	0,55	0,61	0,74
Proporção da CH de médicos não residentes no município	83,84	59,40	85,87	43,56
Proporção da CH de médicos itinerantes	28,82	40,69	62,13	37,29
Distância, em minutos, até a sede	126,13	67,05	36,56	19,17
Proporção de pessoas na pobreza	35,36	20,53	18,48	11,37
Taxa de mortalidade infantil	26,10	12,49	13,57	14,94

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e CNEM/MS.

* Proporção da soma da carga horária médica total que é ocupada por médicos que não residem no município.

* Proporção da soma da carga horária médica que é tomada por profissionais que se movimentam em diferentes municípios, isto é, que não são exclusivos do município.

Tabela 56 – Média da razão de especialistas, em ETI, por 100 mil habitantes no município, segundo cluster. São Paulo (regiões selecionadas)

	<i>cluster</i>			
	1	2	3	4
Anestesiologia	6,35	2,30	3,63	9,78
Cardiologia	3,99	2,33	3,41	7,45
Cirurgia geral	8,51	3,28	5,53	10,55
Clínica médica	34,09	26,42	39,12	56,78
Dermatologia	-	2,28	4,00	4,87
Endocrinologia e metabologia	-	0,28	1,86	2,66
Gastroenterologia	-	1,00	1,48	2,65
Ginecologia e obstetrícia	10,65	6,80	10,00	17,61
Medicina intensiva	-	-	2,05	3,74
Nefrologia	-	1,11	1,08	3,88
Neurocirurgia	-	0,93	1,40	3,83
Neurologia	-	1,62	1,91	3,23
Oftalmologia	-	2,09	3,95	8,91
Ortopedia e traumatologia	11,30	2,63	5,22	10,09
Otorrinolaringologia	-	2,12	2,64	3,54
Pediatria	6,12	6,61	12,63	21,69
Psiquiatria	2,97	2,29	3,09	4,47
Radiologia e diagnóstico por imagem	0,86	2,23	3,74	8,66
Urologia	-	1,15	2,15	3,97

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e CNEM/MS.

*ETI na especialidades: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas de trabalho médico na especialidade correspondente, equivale a um especialista.

Quadro 8 – Distribuição dos municípios segundo *cluster*.

Região	<i>cluster</i>			
	1	2	3	4
Vale do Ribeira	Barra do Turvo e Iporanga	Cananéia, Iguape, Ilha Comprida, Itariri, Pedro de Toledo	Cajati, Eldorado, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu e Sete Barras	Pariquera-Açu e Registro
Itapeva	Apiaí, Barra do Chapéu, Itaóca, Itapirapuã Paulista e Ribeira	Buri, Guapiara e Riversul	Bom Sucesso de Itararé, Itaberá, Nova Campina, Ribeirão Branco e Taquarivaí	Itapeva e Itararé
Vale do Jurumirim	Barão de Antonina	Fartura, Itaí, Itaporanga, Parapanema, Piraju, Taguaí e Taquarituba	Águas de Santa Bárbara, Arandu, Coronel Macedo, Iaras, Manduri, Sarutaiá e Tejuapá	Avaré e Cerqueira César
Litoral Norte	-	Ilha Bela e Ubatuba	-	Caraguatatuba e São Sebastião
Metropolitana de Campinas	-	Pedreira e Santo Antônio de Posse	Artur Nogueira, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Jaguariúna, Monte Mor, Morungaba, Nova Odessa, Paulínia, Santa Bárbara d'Oeste, Sumaré, Valinhos, Vinhedo	Americana, Campinas, Indaiatuba e Itatiba

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS e CNEM/MS.

4. Fatores de atração e fixação de médicos

Com o objetivo de levantar e analisar as expectativas dos médicos e dos agentes contratantes de médicos em relação aos serviços de saúde, foram realizadas pesquisas em profundidade com os agentes envolvidos nos processos de contratação e retenção de médicos e com os próprios profissionais nas cinco regiões do estado de São Paulo incluídas no estudo. Adicionalmente, foi perguntado aos médicos participantes da ETAC a importância de fatores de permanência no trabalho e aos participantes da ETAC com agentes contratantes quais estratégias são adotadas para atrair e fixar profissionais no serviço. Os resultados destas pesquisas permitiram a identificação dos principais fatores de atração e fixação destes profissionais nas regiões estudadas, representados através de atributos e seus respectivos níveis, que compuseram os cenários de trabalho que foram apresentados aos participantes do DCE.

4.1. Pesquisa em profundidade com profissionais e gestores de saúde

Foram realizadas 119 entrevistas nos campos entre os meses de dezembro de 2016 e fevereiro de 2017, sendo 56 com profissionais médicos e 63 com ocupados em cargos de gestão tanto a nível regional e municipal, quando em nível de estabelecimentos públicos e privados de saúde. A análise das entrevistas procurou identificar os principais fatores de atração e/ou fixação nas regiões de saúde estudadas. Para a análise foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977). Após a transcrição, foi realizada leitura exaustiva das mesmas, que possibilitou a categorização dos dados resultando na definição das seguintes categorias: remuneração, vínculo de trabalho, condições de trabalho, fatores profissionais, fatores locais e fatores pessoais. Estas categorias são compostas de diferentes fatores que serão descritos em seguida. Nos discursos analisados, os fatores elencados foram valorizados (em maior ou menor medida) pelos profissionais, influenciando na decisão dos mesmos para a atração e/ou a permanência no trabalho em determinada região.

É importante ressaltar que esses fatores dizem respeito não apenas ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde entrevistados no município visitado, mas também aos trabalhos realizados pelo mesmo em outros momentos de sua trajetória profissional. Tal análise, nesse sentido, procurou identificar todo e qualquer motivo mencionado pelos profissionais para o abandono ou a permanência no trabalho em determinada localidade.

A seguir será apresentado os aspectos gerais, perfil dos médicos entrevistados e análise das entrevistas por região de saúde e atributos, a saber:

- A categoria ‘remuneração’ incorpora diferentes elementos que compõem a remuneração do profissional no município, como o salário, o pagamento em dia, além de outros incentivos, como auxílio moradia, alimentação, transporte e inclusive a flexibilidade na carga horária.
- A categoria “vínculo de trabalho” diz respeito às formas de vinculação estabelecidas entre os profissionais e o município. Os vínculos foram classificados em duas categorias: estáveis, com contrato regido por regime estatutário, que corresponde ao vínculo padrão dos servidores públicos na administração pública direta e indireta e pelo regime CLT, próprio aos empregados públicos e aos empregados na economia privada; e instáveis, que incluem os contratos temporários com a administração pública, os de prestação de serviços de profissionais autônomos e demais vínculos informais sem proteção ou não plenamente protegidos no âmbito do direito do trabalho.
- A categoria ‘condições de trabalho’ incorpora diversos fatores que afetam as condições de trabalho do médico: infraestrutura, disponibilidade de equipamentos e materiais, acesso a exames, disponibilidade de medicamentos e possibilidade de referência para especialistas.
- A categoria “fatores profissionais” inclui componentes relacionados à trajetória e expectativa profissional dos médicos, que neste estudo, levantou duas questões principais, a possibilidade de capacitação/atualização e a pós-graduação por meio de cursos de especialização e residência médica.
- A categoria ‘fatores locais’ abrange elementos intrínsecos às localidades e que também influenciam na decisão do profissional em se deslocar e/ou permanecer em uma determinada localidade. Os elementos identificados nesta categoria estão relacionados ao desenvolvimento econômico do município e à sua localização, que incluíram: condições de acesso, distância, infraestrutura do município, oportunidades de lazer, educação de qualidade para os filhos, possibilidade de emprego para o cônjuge e qualidade de vida.

4.1.1 Vale do Ribeira

O campo na região de saúde “Vale do Ribeira” foi realizado no período de 12 a 16 de dezembro de 2016 e contemplou os municípios de Registro, Pariquera-Açu, Sete Barras e Itariri. Foram visitados 19 estabelecimentos de saúde, entre secretarias municipais e regional, unidades básicas de saúde (UBS), ambulatórios de especialidades médicas, Complexo Ambulatorial Regional (CAR), unidade de pronto atendimento, hospitais (públicos, privados sem fins lucrativos e privados com fins lucrativos) e clínicas privadas.

Além destes estabelecimentos, também foi visitado o Consórcio Intermunicipal do Vale do Ribeira (CONSAUDE), com sede em Pariquera-Açu, que abrange 25 municípios, em uma ampla extensão territorial. Trata-se de um consórcio municipal, porém com um financiamento quase que exclusivo do Estado. Além da gestão do CAR, o CONSAUDE é responsável pela gestão direta de dois hospitais, o Hospital Regional Dr. Leopoldo Vilar em Pariquera-Açu e o Hospital Regional de Itanhém e indireta do Hospital Regional Dr. Adhemar de Barros em Apiaí; pelo Laboratório Regional e Centro de Formação de Recursos Humanos.

O município de Pariquera-Açu possui além do Hospital Regional Dr. Leopoldo Vilar, o AME. O Hospital Regional atende a toda região do Vale do Ribeira, sendo o único hospital porta aberta, com o maior número de vínculos médicos da região. O hospital conta com as especialidades de anestesiologia, ginecologista e obstetrícia, clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ortopedia, urologia, neurologia, cirurgia vascular, medicina intensiva e dermatologia. Na ocasião da visita, estavam sem otorrinolaringologista, que tinha pedido demissão recentemente.

Registro, sede da região de saúde e maior município da região, localizado a cerca de 30 km de distância de Pariquera-Açu, possui duas unidades hospitalares: o Hospital São José (Filantrópico São João) e o Hospital São José, da UNIMED. Na esfera pública, o município dispõe ainda de uma UPA, que apesar de ser uma estrutura municipal, é regida pelo hospital filantrópico e o CAR regido pelo consórcio.

Os municípios de Sete Barras e Itariri não possuem serviço de atendimento hospitalar. Os pacientes que recebem atendimento nos prontos-socorros, quando necessário, são transferidos para outros municípios. Itariri é o município visitado mais próximo da capital (166 km) e mais distante de sede da região de saúde (82 km). Já o município de Sete Barras fica a cerca de 30 km de Registro.

Resultado das Entrevistas

Foi realizado um total de 24 entrevistas na região Vale do Ribeira, sendo 12 profissionais médicos e 12 em cargos de gestão. Entre os gestores dois responderam pela secretaria regional de saúde, quatro pelas secretarias municipais, um pelo consórcio intermunicipal de saúde, um pelo AME e um por uma UPA. Foram entrevistados ainda gestores de hospital privado e filantrópicos.

Com relação aos 12 médicos, foram entrevistados quatro em unidades de APS, cinco em unidades de média e alta complexidade do serviço público e dois em estabelecimentos de média e alta complexidade privados, dois em clínicas especializadas privadas e um em consultório isolado.

Tabela 57 – Relação de entrevistas, segundo ator entrevistado, estabelecimento e município – Vale do Ribeira, dez 2016.

Atores	Estabelecimentos	Municípios da região de saúde do Vale do Ribeira				Total
		Registro	Pariquera-Açu	Sete Barras	Itariri	
Gestores	Secretaria regional de saúde	2	0	0	0	2
	Secretaria municipal saúde	1	1	1	1	4
	Consórcio intermunicipal de saúde	0	1	0	0	1
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Público	1	0	0	0	1
	Ambulatório Médico de Especialidades (AME) – Público	0	1	0	0	1
	Hospital - Privado	1	0	0	0	1
	Hospital - Filantrópico	2	0	0	0	2
Médicos	Unidade Básicas de Saúde (UBS)	1	1	1	1	4
	Complexo Ambulatório Regional (CAR) - Público	1	0	0	0	1
	Pronto Socorro - Público	0	0	1	1	2
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - Público	1	0	0	0	1
	Hospital - Público	0	1	0	0	1
	Clínica Especializada - Privada	2	0	0	0	2
	Consultório Isolado - Privado	0	0	0	1	1
Total		13	5	3	4	24

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Dos 12 médicos entrevistados a maioria era do sexo masculino, com idades superiores a 50 anos, casados e com filhos. Metade era natural de outro estado, um de outro país e um era natural do próprio município em que foi realizada a entrevista. Sete residiam no mesmo município onde foram entrevistados.

Cinco dos entrevistados relataram ter concluído a graduação em outro estado. Metade era clínico geral, sendo três com menos de cinco anos de formado. Entre os especialistas foram entrevistados um médico de família e comunidade, uma pediatra e um ginecologista obstetra em unidades de APS, uma psiquiatra e um ortopedista em unidades de atenção secundária e uma oftalmologista e uma cardiologista em unidades privadas de saúde.

Com relação ao trabalho na região, cinco estão atuando há mais de 15 anos no Vale do Ribeira. Os vínculos de trabalho dos médicos nos estabelecimentos em que foram realizadas as entrevistas incluíram vínculos estáveis como estatutários e celetistas, vínculos instáveis como autônomo - pessoa jurídica e pessoa física e proprietários de clínica privadas. Apenas três dos entrevistados relataram que não possuem outro trabalho além daquele em que foram entrevistados. Entre aqueles que atuam em outros locais, três relataram que trabalham em outros estabelecimentos no mesmo município e os demais atuam em outro(s) município(s) da região.

A seguir serão apresentadas as análises das entrevistas por categoria (remuneração, vínculo, condições de trabalho, fatores profissionais, fatores locais e fatores pessoais). Para os gestores não foi feita uma construção de perfil. Os mesmos poderão ser identificados a partir do tipo de estabelecimento em que ocorreu a entrevista.

Quadro 9 - Identificação dos gestores entrevistados por local de entrevista

Locais de entrevista	Número de identificação do entrevistado
Consórcio intermunicipal de saúde	1
Secretaria regional de saúde	2 e 3
Secretaria municipal saúde	4, 5, 6 e 7
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – Público	8
Ambulatório Médico de Especialidades (AME) – Público	9
Hospital - Filantrópico	10,11
Hospital - Privado	12

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Quadro 10 - Perfil dos médicos entrevistados no Vale do Ribeira, dezembro de 2016

Atenção Primária em Saúde					Atenção Secundária/Terciária - Público					Atenção Secundária/Terciária-Privada		Consultório Isolado
Identificação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Naturalidade	Município do estado de SP	Município de outro estado	Município de outro estado	Não informou	Município de outro estado	Município de outro estado	Município da entrevista	Município do estado de SP	Outro país	Município de outro estado	Município do estado de SP	Município de outro estado
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino
Faixa etária	mais de 60 anos	51 a 60 anos	41 a 50 anos	20 a 30 anos	31 a 40 anos	31 a 40 anos	31 a 40 anos	51 a 60 anos	51 a 60 anos	Mais que 60	31 a 40 anos	51 a 60 anos
Estado Civil	Casado	Solteiro	Casado	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Casado	Casado	Casado	Casado	Casado	Casado
Possui Filhos	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Mun. de Residência	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Município do estado de SP	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista
Local de formação	Não informado	Município de outro estado	Município de outro estado	Não informou	Município de outro estado	Município de outro estado	Município do estado de SP	Não informou	Outro país	Município de outro estado	Município do estado de SP	Município do estado de SP
Especialidade	Médico da Família e Comunidade	Pediatra	Ginecologista Obstetra	Clínico Geral	Clínico Geral	Psiquiatra	Clínico Geral	Clínico Geral	Ortopedista	Oftalmologista	Cardiologista	Clínico Geral
Tipo de vínculo	Estatutário	Autônomo (PF)	CLT	Autônomo - PJ	CLT	CLT	Autônomo - PJ	Autônomo - PJ	Estatutário	Proprietário	Autônoma (PF)	Proprietário
Tempo de trabalho na região	de 6 a 10 anos	mais de 15 anos	mais de 15 anos	até 5 anos	até 5 anos	até 5 anos	até 5 anos	até 5 anos	mais de 15 anos	mais de 15 anos	até 5 anos	mais de 15 anos
Trab. em outro local no mesmo município	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não
Trab. em outro município	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Remuneração

O salário foi abordado por quase todos os médicos entrevistados no Vale do Ribeira como um importante fator de atração para a região.

A gente veio né, por causa da atração monetária (Médico 1).

Primeira coisa para atrair o profissional é o valor. Se você me convidar no Einstein por mil reais o plantão eu não vou. Então é o valor. Pelo menos para mim não interessa se a cidade tem shopping, se tem clube, eu não vou frequentar, eu vou olhar no trabalho o que vou ganhar e a minha condição de trabalho né (Médico 8).

O que mais me motivou foi em termos salariais, porque lá em João Pessoa eles pagavam um plantão de 24 horas, eu estava recém-formada e eles pagavam um salário mínimo. E aqui eram três salários mínimos por plantão de 12 horas (Médico 10).

Entre aqueles que já estão atuando há mais tempo na região, foi comum o relato de que o salário no passado já foi atrativo, porém atualmente não é mais, principalmente ao se comparar com o salário da capital, ou outras regiões do estado de São Paulo.

Ninguém olha salário. Primeiro ano compensava, era quase o dobro, só que não aumentou, nesses 17 anos aumentou pouquinho coisa. Hoje em dia o que eu ganho, é a mesma coisa que a minha amiga que ficou lá ganha (Médico 2)

Infelizmente, na atualidade, os colegas novos vêm movidos pelo assunto econômico (...). E de cara, o assunto econômico aqui eles não vão ter imediatamente, eles teriam que fazer escolhas e investimentos na vida, para poder ter um retorno econômico. O salário não é um salário convidativo para largar uma grande cidade para se fixar aqui. Hoje o salário é um obstáculo muito grande para fixar profissionais. Na minha época era diferente. Totalmente diferente. (...) Para vocês terem uma ideia, provavelmente, nosso salário atual está defasado no mínimo 50%. No mínimo (Médico 9)

Você sabe o que pega mesmo aqui? Salário. Eles pagam muito pouco por médico. Você vê, minha filha até deu uns plantões na UPA aqui, mas pagam muito mal. Ela falou: Mãe, eu saio de SP para vir dar plantão aqui e ganho muito menos. Eu acho que um dos salários mais baixos do Estado é aqui (Médico 10).

Este relato também foi comum entre alguns gestores entrevistados. Estes abordaram ainda como dificuldade para a atração e permanência de médicos na região, o fato do mercado privado ser restrito e os postos de trabalho serem, portanto, predominantemente públicos, além da concorrência salarial estabelecida entre os municípios para atrair o profissional.

Com o salário exclusivamente público (...) com essa política salarial nós não estamos atraindo mais o médico, principalmente jovem (Gestor 1).

A saúde no município é bastante deficitária, a gente sofre muito por concorrer em salário com todos os municípios da região (...) A dificuldade maior está sempre relacionada com a remuneração. Eu já passei por períodos aqui onde o profissional migrava de um município para outro em menos de 30 dias. Ele vinha trabalhar com você e aí o município vizinho oferecia um salário um pouco maior ou uma condição diferenciada, com redução de jornada, ou com o famoso Day Off e ele não hesitava, ele falava "Estou indo". (Gestor 5, Vale do Ribeira).

Eu acho que é mais questão salarial. Não tem outro motivo [para não se fixarem]. Porque médico é assim mesmo, eles vão para onde está pagando mais (Gestor 7).

Apesar de queixar sobre a falta de aumento salarial nos últimos anos foi citada a vantagem do pagamento em dia.

Acho que o valor que está aqui, deve fazer uns três anos para cá que não sobe nada. Não sobe, porque não tem como pagar. Aqui ainda paga em dia, não atrasa o pagamento. Tem lugar que não sabem quando vão pagar. Lá no hospital em Registro o pessoal não sabe como vai receber. A prefeitura aqui tem essa vantagem, não atrasa o pagamento (...) (Médico 8)

Uma das secretarias de saúde municipais entrevistadas relata que a propaganda que usa para atrair médicos é o pagamento em dia, pois não tem muito mais para oferecer. Esta opta por manter um médico bom com o pagamento em dia, ao invés contratar dois e não conseguir pagar.

Vamos ser muito francos, porque pra você conseguir um médico pra vir pra cá, o que tem pra oferecer pra você Dr.? O que tem pra te proporcionar? Tem a fama de que nunca atrasou salário. Podemos não pagar fornecedor, mas o sa-

lário do funcionário respeitou e prezou muito. Então nunca atrasamos, temos essa vantagem (Gestor 6).

Apenas um dos entrevistados se revelou satisfeito com relação ao seu salário, principalmente pelo fato de ser recém-formado.

Eu poderia falar que merecia mais, mas acho que está bom, pelo tanto que eu trabalho está bom. E pela formação que eu tenho, sou recém-formado, está bom. Se eu tivesse falado, que formei, fiz residência, 10 anos de experiência, poderia estar ganhando um pouco mais, mas por estar recém-formado está justo (Médico 7).

Nesta mesma linha outro entrevistado que é ginecologista obstetra e atua na APS destaca a importância de um piso para a categoria e plano de carreira, isto evitaria que alguém com pouco tempo de experiência e formação recebesse o mesmo salário de quem já esta há mais tempo na profissão.

Eu estava conversando entre colegas, que seria razoável pra pagar pro colega, pro médico, o piso da categoria, em torno de 13 mil reais, por 20 horas. Que não é um salário exorbitante, porque perguntando que não temos um plano de carreira. Então se um cara chegar aqui hoje, entrar na ginecologia e obstetrícia ele vai ganhar o mesmo tanto que eu ganho, que já estou aqui há 5 anos ou mais (Médico 3).

Vínculo de trabalho

Os benefícios, direitos e a estabilidade proporcionada por vínculos estáveis foram valorizados por alguns dos médicos entrevistados.

É. Sou concursado. Sou estatutário em um e sou concursada CLT em outra. É importante por te dar o direito de férias, licença, e não sei mais o que (Médico, 2).

Vínculo estável. Hoje sou médico do Estado, concursado e tal. Na época não tinha nada disso. Era contrato renovável a cada seis meses. Você não tinha direito a décimo terceiro, direito a férias, nada (Médico 12).

No entanto, alguns dos entrevistados destacaram que os salários praticados para estatutários ou celetistas nem sempre compensam seus benefícios. Uma entrevistada inclusive relatou ter pedido para ser demitida e recontratada como PJ em seu trabalho.

É, tanto que eu tive que propor aqui a ser demitida do CLT e ser contratada como pessoa jurídica. Fazer uma sociedade com outros médicos. Porque é muito difícil você ser CLT, pagar impostos altíssimos e no final fica com pouco dinheiro. (Médico 6).

O ideal mesmo seria o concurso público, mas hoje quem oferece? Registro oferece, Pariquera ofereceu, mas o salário era pequeno, 4, 5 mil reais. Acaba não sendo interessante. Ninguém se inscreve. Em Eldorado não teve nenhum médico inscrito. (...) Claro que algumas coisas a gente tem que reclamar que não tem férias, não tem 13º, talvez seja um entrave, mas pode ser compensado com um valor a mais. Digamos, vamos diluir o 13º e férias, em cada mês. Diluí. (Médico 3)

Além dos valores superiores, a liberdade atribuída a um vínculo instável também foi mencionada por médicos e gestores. Um dos médicos que é contratado como PJ relata “*não tenho contrato, eu posso ser mandado embora a qualquer hora, mas posso sair na hora que eu quiser também. Não gostou pronto, vou tentar em outro lugar*” (Médico 8).

(...) eles até preferem não ter vínculo, porque na hora que eles acharem uma proposta melhor, eles estão livres pra sair. Igual esse médico do plantão ele falou pra mim: “O próximo plantão eu faço, no outro já não venho mais.” E aí você se vira, arranja alguém. (Gestor 6, Vale do Ribeira).

Sobre o motivo para muita rotatividade de médico uma das gestoras relata “*eu acho que eles passam em concursos e vão embora para outro lugar, ou tem um plantão que paga mais em outra cidade, então como não tem vínculo eles vão embora.*” (Gestor 7)

A contratação via Organização Social (OS), bastante comum no estado de São Paulo, foi abordada negativamente por alguns dos entrevistados, principalmente pela insegurança atribuída a este tipo de contratação.

Uma merda. (...) OS é essa organização terceirizada. Teve uma que entrou aqui que ferrou tudo, inclusive foi parar no Fantástico né? Não sei se todas são assim. No Rio tive, antes de vir pra cá, já estava a moda do cooperativa. Quando saí de lá já estava essa modinha. Mas eu já era concursada lá. (Médico 2).

Essas OS aí, tem OS de médico tem um monte por aí que são muito mal vistas pela classe médica, justamente por isso, porque tem muitas que dão o cano, aqui mesmo no Vale, está cheio de colegas que trabalhou na OS e não recebeu. (...) Eu acho que vai chegar um ponto que vai ser forçado a trabalhar nas OS. Mas hoje tem muitos colegas se recusando, OS não quero. (Médico 3).

Então sou contrária a OS, da forma como está. Eu acho que ela contrata profissionais, a baixo custo e vende a alto custo e aí serviço cai a qualidade, então isso tinha que ser revisto. Mas ao mesmo tempo algum instrumento tem que ser realizado para melhorar a gestão financeira das prefeituras nesse sentido, porque é complicadíssimo, com a crise que está vindo, ainda mais forte pro ano que vem a gente depende de recursos financeiros de repasse, a gente manter o percentual da folha de pagamento. Então cada vez mais vai estreitando esse caminho e a gente vai tentando tirar o que não é essencial, até uma hora que o essencial vai ter que ser mexido. (Gestor 6).

Eles têm um pouco de receio quando é OS por conta que quando termina a gestão, eles não sabem se vão receber ou não. (..) mas assim, não tem saída, porque não tem como colocar na folha de pagamento. (Gestor 7).

No entanto, diante da dificuldade em atrair médicos, alguns gestores relataram que as OS contribuíram trazendo médicos de outras regiões e reduzindo o monopólio que existia de grupo de médicos na região.

A primeira OS que atuou na região começou em 2008 e foi um grande marco para a região aqui. Lógico, que a gente teve experiência com OS que não eram tão sérias, que estava tendo problemas diversos, mas a gente quebrou um pouco um monopólio que existia de um grupo de médicos. Então o que a gente tinha? A gente sempre aqui uma característica de alunos que acabaram de sair da faculdade, precisavam fazer um caixa pra fazer residências, então eles vinham, ficavam, geralmente, 1 ou 2 anos, fazia caixa e depois iam fazer residência. Então eram profissionais que não tinham vínculos com a Saúde da Família, eram profissionais com características de Pronto Socorro, sabe? Da Emergência. Só que esses mesmos profissionais pegavam plantão de final de semana ou a noite e faziam Saúde da Família durante o dia. Isso mudou um pouco depois que as O.S. começaram a vir pra região, porque começaram a trazer profissionais de outras regiões pra cá.

(...) Eu não sei, porque nosso município não tem, mas parece que melhorou um pouquinho a qualidade desse profissional que chegou. Diminuiu essa rotatividade de profissionais pelos municípios. Os médicos têm ficado mais tempo dentro do município, tem conseguido criar vínculos com o município. (Gestor 5).

Sobre atrair médicos para o novo hospital regional que está sendo construído, um dos gestores aposta na atuação da OS que gesta o AME da região.

Na verdade esse hospital deve ser gestado por uma O.S. Se for a São Camilo que gesta hoje grande parte de São Paulo e gesta nosso AME, ela vai poder oferecer não só uma vaga no AME como uma vaga no hospital de alta complexidade. Por isso que eu acho que a complementação acaba existindo. Né? Muitos dos profissionais também podem ser acolhidos no Hospital de Pariqueira - Açu, no AME e no hospital de alta complexidade. Então a gente está contando com isso. As condições familiares daqui da região. (Gestor 2) .

A terceirização na contratação de médicos foi abordada entre alguns entrevistados, principalmente considerando a dificuldade de atrair médicos com os salários praticados pelos municípios. "Com a dificuldade de atrair médicos com o salário, está vindo a terceirização, a gente contrata pessoa jurídica"! (Gestor 1).

Aqui a gente tem uma deficiência muito grande de médico. Então o que acontece muito, a gente faz concurso público... Aconteceu agora, recentemente, fez concurso público esse ano de pediatra e só passou um. E essa pessoa não assumiu. Vê como é que fica né? Então a gente recorre ao convênio, então a gente tenta de outra forma suprir essa necessidade pra contratação de médicos, essa terceirização. (Gestor 4).

A flexibilidade da carga horária de trabalho foi um fator importante identificado durante o campo. As falas dos entrevistados evidenciam que os médicos valorizam a possibilidade de uma carga horária reduzida ou de receberem folgas durante a semana. Um dos médicos entrevistados que atua na atenção primária e reside na capital do estado relatou que apenas está trabalhando no local da entrevista, pois negociou reduzir a sua carga horária. "Então, meu contrato seria por 40 horas, então depois que aposentei eu falei: "Não tenho mais interesse de ficar aqui, vou embora." Aí eles falaram assim: "Vê quanto dá pra fazer." Faço uma média de 30 horas agora. Faço terça, quarta e quinta (Médico 1) .

Então essa flexibilidade de horário que ele tem, ele acaba aproveitando pra ir pra outro município (...). Deixar o profissional como certa liberdade pra favorecer outros municípios. (Médico 3).

De manhã não trabalho. Eu trabalho a tarde. Então três tardes estou no posto e três tardes estou aqui. Aqui geralmente chego 13:30 e se precisar fico até 21 horas, mas tenho essa flexibilidade total aqui na clínica. E no posto também é

bem tranquilo em relação a isso. Cumprindo as horas, não tem problema. Se precisar mudar, fazer uma mudança, alguma coisa, eu nunca tive problema. Então isso é um ponto positivo. Essa possibilidade agora de trabalhar ambulatoriamente, que pra mim, na vida pessoal facilitou absurdamente (Médico 11).

Eu me lembro um ano que não era mais um day off, eram dois days offs porque os municípios tinham dificuldade, não tinha profissional e a questão financeira impedia que você concorresse com outros municípios e aí ficava nessa. Usava alguns artifícios para poder manter o profissional e a população de alguma forma ser assistida (Gestor 5).

Ainda no que diz respeito à flexibilidade de horário, uma das gestoras expõe a dificuldade que está passando ao colocar controle de ponto eletrônico nas unidades de saúde.

A gente está colocando controle de ponto em todas as unidades e isso está gerando um problema gigante. Mas vai dar certo. Porque eles acham que não têm que cumprir. Eles querem ir embora na hora que quer. Então com essa deficiência desses profissionais a gente fica de certa forma refém. Então tem que ter uma conversa, tem que ser tudo muito conversado. A gente está implantando, não finalizou a parte de implantação ainda, mas vai ter o controle de ponto em todas as nossas unidades. (Gestor 4)

Condições de trabalho

Os aspectos que mais se destacaram na fala dos entrevistados com relação às condições de trabalho foram a infraestrutura do local de trabalho, acesso a materiais, insumos e exames.

Está precária, como todos né? Falta muita coisa. Trabalho com o mínimo. (...) Eu acho que aqui funciona como a maior parte dos municípios estão funcionando, empurrando com a barriga (Médico 8).

Alguma coisa que se me perguntassem o que precisaria melhorar, seria a infraestrutura. Equipamento. Ter alternativas de resolutividade, com um pouco mais de tecnologia. (Médico 9).

Tem dificuldade estrutural. Nesse consultório a gente não tem banheiro. Acho deselegante, um pouco desconfortável pro paciente, já é desconfortável ela ter que se despir, imagina atrás de uma cortina. Isso é uma coisa que me incomoda. Eu reclamei no início, falei, não quero, não quero, mas como só tinha um consultório com banheiro, o consultório aqui da frente, eu acabei cedendo, mas é uma coisa que ainda me causa um desconforto (Médico 3).

Este mesmo entrevistado ressalta que poderia resolver mais coisas na APS sem necessitar de encaminhar se tivesse uma sala apropriada para determinados tipos de procedimentos.

(...) tem nódulo de mama que a gente consegue tirar. Desde que tivesse uma sala ambientada, esterilizada, com recursos técnicos, poderíamos fazer. Biópsia de colo uterino, biópsia de vulva. Então muitos procedimentos poderiam ser feitos aqui mesmo, sem necessidade de encaminhar, mas a gente não tem ambiente pra isso e nem recursos técnicos. Recursos técnicos, material, porque humano tem (Médico 3).

A dificuldade de acesso a exames foi associada principalmente à situação de crise e à época do ano. Relato que foi corroborado por alguns gestores municipais entrevistados.

Assim, no início, até entrar a crise desse ano, os medicamentos, eu tinha quase tudo que eu queria, agora não tenho mais, mas acho que não é só aqui né. O negócio está ruim. Então de exames, os básicos são fáceis de conseguir. Quando chega crise, começa essas coisas, o laboratório não está mais fazendo a cultura mesmo, está fazendo só a urina, mas quando você precisa mesmo a mãe faz no particular às vezes, não é difícil (Médica 2).

Acesso a exames está ruim, agora no momento, principalmente agora, essa parte financiada do governo. O laboratório não está funcionando direito, está no fim do ano, está mudando a administração, acesso a exame está ruim, agora está bem ruim (Médico 7).

Por exemplo, agora, nesse último ano que estou aqui, tem atrasado bastante a entrega de medicação ou não tem entregue, aí quando não entrega, por vezes, eles repassam o valor, para comprar medicamento que eles pagam lá e a gente não consegue pelo mesmo valor (Gestor 6).

Com relação à solicitação de exames, um dos entrevistados expõe a dificuldade em não poder solicitar determinados exames na APS.

Solicitar exames, que a gente não pode pedir por aqui. Não digo exames muito especializados, mas exames de base. Seria muito importante, também a atenção básica ter acesso. Porque se eles lá não pedem e eu tenho uma visão diferente, é uma oportunidade a mais, de segurança, de um bom desfecho pra paciente né? (...). Então se eu quiser investigar um feto que esteja com crescimento restrito eu não posso pedir (Médico 3).

A falta de médicos especialistas na região e a falta de contra referência também foram apontados como fatores que podem dificultar a permanência na região.

E com muito déficit de profissional, de especialista, a gente não tem muitas especialidades médicas aqui, tem dificuldade de exame, então, é bem complicado. (...) aqui para mandar o cateterismo, demora um mês pro paciente marcar. As pessoas são bem receptivas, os pacientes adoram a gente, mas para trabalhar é complicado (serviço público) (Médica 11)).

Acho que o maior entrave nosso, é exames, aqui no município é contra referência também (...) Especialidades do próprio município né? você encaminha o paciente. O paciente na grande maioria das vezes não sabe dizer o que é, o que foi feito, o que acontece, o que o médico está planejando e você fica sem saber. Então, não existe a competência, a gente que está na UBS a gente precisa disso, né? Então isso é uma coisa que faz muita diferença, faz muita falta. Basicamente isso, essas facilidades pra gente trabalhar, isso, se a pessoa vem, começa a trabalhar, sente essas dificuldades e é complicado fixar aqui (Médica 11).

A forma de organização do trabalho, a liberdade de atuação profissional, a relação com a gerência também foram citadas por alguns entrevistados.

Eu analisei muitas propostas na capital, mas lá eu ia trabalhar pra planos de saúde com muito volume de paciente, não ia poder oferecer muita qualidade. (...) E aí eu fiz a contratação, CLT, um valor bem baixo. Bem inferior do que eu ganhava em Belo Monte. Mas aqui ela me deu a possibilidade de atender os pacientes no tempo que eu achar necessário. É uma medicina verdadeira. Não é uma coisa de fachada. Por mais que seja uma estrutura pobre e tal. Eu sinto que tenho liberdade, não tenho pressão. Eu tenho muito trabalho aqui, muito mesmo. (...) E também a administração daqui e do hospital é uma administração que me dá apoio. Eu não me sinto pressionada, cobrada a fazer algo contra o que eu acho correto. Se começasse a acontecer isso, eu ia embora (Médica 6).

Porque quando você entra em um serviço, que você não vê organização, que você não vê planejamento, que você não vê preocupação real por melhoria, uma grande maioria de pessoas desiste. Então, esse também é um empecilho para não poder fixar gente que possa se juntar para multiplicar o trabalho (Médico 9).

Alguns gestores estão com expectativa na inauguração do segundo hospital regional da região com 120 novos leitos como um possível atrativo para novos médicos da região.

Com a vinda do Hospital Regional para Registro, a gente vai começar a ter, eu acho que um brilho maior pros profissionais. A gente vai começar a ser uma atração maior. (Gestor 6)

Um profissional pra vir um dia pra cá, você imagina quanto eles perdem. Então, assim, tudo hoje, e a gente conseguiu batalhar e incluir esse hospital de alta complexidade é pra ter uma melhor opção pros profissionais se fixarem aqui. (Gestor 2, Vale do Ribeira).

Mas o que a gente acredita que vai trazer médico pra cá, é isso, o Hospital. Fazer um Hospital aqui que vai ser referência para outras cidades. Então a gente acredita e está apostando nesses dois. A ampliação e a construção do Hospital. (Gestor 4)

No entanto, esta opinião não é consensual, alguns gestores consideram que a abertura do hospital não vai atrair mais profissionais, enfatizando que não conseguem atrair médicos para o hospital que já existe na região e o fato dele ser porta fechada, enquanto o atual, que é porta aberta, vai continuar demandando mais recursos humanos.

Esses 120 leitos serão referenciados, hospital porta fechada [o novo]. Este, teoricamente, é pra continuar com a porta aberta. Teoricamente é uma ampliação. Não sei. Pra colocar esse hospital pra funcionar você tem que atrair, por baixo, 100 médicos. Hoje estou com dificuldade de atrair meia dúzia, pra completar meu corpo clínico, sendo que, obrigatoriamente, eu tenho que duplicar essas áreas e se eu construísse aqui, 200 leitos, eu utilizaria essa mesma mão-de-obra que já tenho (Gestor 1).

Vamos ser realistas, esse hospital vai fazer o que aqui? É de porta fechada. O pronto socorro aberto vai ser Pariquera. Aqui só vai ser eletiva. Trauma ortopedista vai ficar onde? Em Pariquera. O emergencista vai ficar onde? Em Pariquera (Gestor 10).

Fatores profissionais

A possibilidade de continuar se atualizando por meio de cursos de capacitação, especialização e residência médica foi citada entre os entrevistados positiva e negativamente. Uma das entrevistadas que atuava anteriormente no estado do Pará, relatou que resolveu deslocar para o estado de São Paulo, pois é onde oferta os melhores cursos para sua área. Segundo seu relato, ela tem abertura em seu trabalho para ingressar em cursos e eventos ligados à sua área na capital.

Eu achava ruim estar longe de São Paulo, porque aqui tem os melhores cursos e tudo isso. Mas eu vinha fazer a pós-graduação todo mês. Em São Paulo, todo mês eu ia do interior do Pará pra São Paulo. Eram muitas horas de voo. E eu sempre quis morar aqui em São Paulo, que tenho parentes. Pela facilidade né, tudo de melhor acontece aqui. Eu gosto de ir aos cursos e tudo quanto é evento ligado à psiquiatria (Médica 6).

Um dos médicos entrevistados também expõe a vantagem em atuar a algumas horas da capital, o que permite manter-se atualizado, principalmente por atuar em unidade de alta complexidade.

Bom, a gente precisa dividir a região em duas grandes partes. A parte profissional absorve totalmente, pelo menos no meu caso foi, eu gosto muito da ortopedia, então profissionalmente eu me sinto muito cômodo, muito confortável, porque embora se considere um hospital de uma cidade pequena, ele tem uma complexidade alta e casos complexos para poder resolver. Que exigem estudo, que exigem dedicação, que exigem preparação, então a gente mantém, eu pessoalmente mantenho uma atualização contínua, permanente, dentro da minha área profissional. Estamos a Congressos, estamos a cursos, frequentamos a Santa Casa, onde nos formamos. Estamos a praticamente duas horas e meia de carro. Então, a parte que compete à profissão, eu estou satisfeito (Médico 9).

Por outro lado, alguns outros entrevistados do Vale queixam que no município em que atuam não dispõe de formas de atualização e especialização.

Então o estímulo você pega lá no grande centro, aqui não, aqui você aplica um pouco seu conhecimento só e depois você sai disso aí (Médico 1).

Se você quiser fazer algum curso, especialização tem que sair. Aqui não dá, porque só congressos, cursos a gente tem que fazer fora, porque aqui não tem oftalmologista que reúne para debater (Médica 10).

Entre os médicos recém-formados que afirmaram a intenção em fazer especialização ou residência médica, um que é natural do município em que atualmente atua informou que pretende permanecer na região do Vale do Ribeira após especializar-se. Já o outro que não é natural do estado de São Paulo relatou que gostaria de retornar para seu estado natal para completar os estudos. Um dos especialistas entrevistados relatou que saiu do seu estado natal para realizar residência médica em São Paulo e acabou se fixando.

Vim pra São Paulo já pra fazer a residência em ginecologia e obstetrícia. Posteriormente, dois anos, três anos voltar para Belém do Pará. Mas acabou que eu acabei ficando por aqui. Já são 25 anos de Vale do Ribeira. Eu já me fixei e não pretendo mais sair daqui. (Médico 3).

Ainda sobre os aspectos profissionais, uma das entrevistadas que é pediatra relatou que um dos motivos para aceitar se deslocar do seu estado de origem para a região do Vale em São Paulo foi o fato de poder atuar dentro da sua especialidade.

Vi várias cidades, em todas eu tinha que atender adulto. Tem que ser contrato, com médico, você atende criança e adulto. Aí desisti e um dia me ligaram dizendo que tinha uma cidade foda, Juquiá, que você não conhece, que é a mais feia de todas do Vale, que eu atenderia só criança, no posto e no hospital e vim. Me arrisquei e vim. (...) mas era o que batia com o que eu queria, só crianças e interior. (Médica 2).

Entre os gestores entrevistados os fatores profissionais também foram abordados nas entrevistas. Alguns mencionaram o fato da região não dispor de escola de medicina, residências e/ou cursos de especialização, prejudica a atração e fixação no Vale.

Hoje, você tem um médico que, se forma, ele vai ficar perto de um lugar que lhe dê mais informação, pra enriquecer seu conhecimento, você vai fazer uma residência, você vai fazer uma especialização, aqui você não tem acesso a isso, porque você também não tem indústria de educação funcionando (Gestor 1).

Eu acho que a própria questão da residência desses profissionais. Eles terem a facilidade de ter uma formação, talvez fosse um atrativo. Mas eu acho que esse atrativo tem que estar amarrado a uma contrapartida deles. Porque se não esses profissionais vão ganhar experiência e bater asas. Sabe as empresas, quando falam: “Olha, vou custear uma formação, mas você vai ficar na empresa por mais tanto tempo?” Tinha que ser uma coisa nesse sentido. (...) Por exemplo, escuto de muitos médicos que estão na região que se abrisse novamente o PROVAB eles fariam adesão, eu acho que se nós conseguimos trazer uma residência pra cá, pra esses profissionais fazerem, mas eles saberem ter um plus financeiro e, por outro lado, eles saberem que teriam que ficar pelo menos tanto tempo no município que estão, eu acho que começaríamos a mudar o cenário. (...) Porque as cidades que têm formação de medicina, muitas pessoas acabam ficando, porque você vai pra lá jovem, acaba se relacionando com alguém, às vezes casa na cidade, se forma e fica lá. E a gente não tem. Nós temos aqui um grande hospital que poderia ser um braço de uma grande universidade (Gestor 5).

Um dos gestores relata que uma experiência há vinte anos atrás, que envolveu uma parceria entre o hospital regional e um instituição formadora, que trouxe estudantes do último ano para o hospital contribuiu para a fixação de alguns destes na região.

O Vale do Ribeira tem uma experiência há muito tempo aí, faz uns 20 anos da Santa Casa, que teve uma parceria com o Hospital e colocou aqui os formandos de último ano e muitos desses que vieram fazer suas residências médicas, suas especializações, se fixaram aqui. Acabaram se casando, conhecendo. Hoje, os médicos de maiores expressões são daquelas épocas que já estão se aposentando. (...) Eu acho que as residências médicas têm que voltar pro Vale do Ribeira, é outra forma e outra opção de estar fixando os profissionais (Gestor 2).

Fatores locais

Os fatores locais relatados pelos médicos entrevistados do Vale do Ribeira como importante para atração e fixação na região incluíram tanto aspectos relacionados à estrutura dos municípios em termos de disponibilidade de serviços e opções de lazer, quanto a aspectos relacionados ao estilo de vida de uma cidade interiorana de pequeno a médio porte, como tranquilidade, segurança, custo de vida mais baixo e fácil descolamento.

Tranquilidade, a gente fica com a cabeça livre. Você está seguro. Em São Paulo é muita violência, não tem qualidade né? (Médico 1).

Então pra quem gosta de tranquilidade, isso aqui é ótimo. Mas a região em si que não oferece o que ele [o médico de uma maneira em geral] procura. Conforto da cidade grande, a gente não tem cinema, shopping, pra quem gosta disso tudo é difícil aqui no Vale (Médico 3).

Cidade interiorana. Você vê, eu saio 5 minutos de casa estou aqui. Eu moro 4 km daqui (Médico 10).

Eu ia ficar muitas horas no trânsito, porque eu ia ter que trabalhar na zona sul, zona oeste. Pagar aluguel caro e tudo isso. Eu falei não, já morei tanto em capital quanto no interior, então não vou ter problema pra me adaptar com o interior. (...) Mas eu gosto daqui porque o aluguel é barato (...) eu mudei pra um apartamento grande, maravilhoso, um bairro muito gostoso, super calmo, super seguro e eu pago bem pouco. Em São Paulo eu pagaria umas quatro vezes mais. Então assim, isso também acaba influenciando que fiquei aqui (Médico 6).

Não tem lazer, você tem que ir para churrascaria, lanchonete e tal. Não tem shopping, não tem cinema e também não tem violência. A vida é mais barata. Tem vantagens e desvantagens né? Não tem shopping, mas está perto da praia, dá para ir e voltar no mesmo dia. Uma coisa compensa a outra. (...) Igual um colega que eu tinha em Registro, queria trazer um pessoal mais velho para o PSF, não trouxe porque as mulheres não queriam ficar, porque não tem shopping, não tem cinema. Pelo trabalho atrairia, mas o problema é a família. Mas para mim é diferente. Eu morei no interior do Amazonas, 30 anos, nem televisão tinha (Médico 8).

A localização do Vale para alguns acaba compensando a falta de estrutura, como o fato de ser perto da praia, e não muito distante da capital.

E no que compete a lazer, os lazeres são naturais, estou a 30 minutos da praia. Se eu preciso de um shopping, aqui eu não tenho, mas estou há duas horas e meia de São Paulo. Quero ir lá fazer uma compra, quero ir assistir um cinema, quero ir a uma peça de teatro, não tenho problema. Lazer em si, o lazer está dentro da minha casa. Tenho a minha estrutura de videoteca, tenho minha área de lazer com minha piscina. Compartilho com meus amigos e minha família, então, estou satisfeito com o estilo de vida que eu escolhi aqui. (...) Então, tudo pelo contrário, uma cidade muito tranquila para mim, muito segura. (Médico 9).

Entre os gestores entrevistados também foram citadas vantagens e desvantagens no que diz respeito aos fatores locais. Como vantagens foram citadas também o fato de estar perto da praia, tranquilidade, ar puro.

Você tem litoral, você tem mata, você tem vários atrativos aqui na região, é legal. (Gestor 2).

Aqui é uma cidade, eu considero barata, eu que morei fora, então, assim, o custo dela é barato. Não é uma cidade cara. Assim, todos os motivos que eu voltei, meu salário era alto lá, mas a despesa que eu tinha não compensava ficar. (Gestor 4).

Entre as desvantagens foram relatados o fato de ser uma região carente, pouco desenvolvida, com uma população 98% SUS dependente, o fato de não possuir shoppings, cinemas, escolas, o acesso e a distância de alguns municípios da região. Em um dos municípios foi citado ainda o fato de não possuir uma ampla disponibilidade de internet.

Não tem internet "quem tem, se você se mudar para cá, pode pedir, eles não instalam, porque não tem mais" (Gestor 1).

Eu tive caso, tive um caso de uma médica que veio de Curitiba, recém-formada, ela gostou, veio pra região. Na hora que ela foi pra unidade dela rural, que não conseguiu acessar a internet, ela pegou a bolsa dela, foi embora e não voltou mais (Gestor 5, Vale do Ribeira).

Você não tem cinema, não tem shopping, tem escola legal pros filhos. (...) Hoje, se você vai no posto Buenos Aires tem um Mc Burguer. É o Mc Burguer ou você volta para casa. (Gestor 10).

A possibilidade de oferta de emprego para o cônjuge como fator de atração e fixação de médicos também foi citada por alguns dos gestores.

Até pra você dar complementação a família. Enquanto isso não acontecer, é difícil. Solteiro, vem pra cá? Não vem, é difícil. A não ser que seja pra fazer a residência e voltar, ou quando ele consegue namorar e fixar. Ou o contrário, a médica vem e encontra alguém, mas não temos opção pro parceiro. Se não for da mesma área, é muito difícil. (Gestor 2).

Fatores Pessoais

Os fatores pessoais, ou seja, relacionados à origem, à família, laços sociais e experiência individual dos entrevistados, também foram identificados nas entrevistas.

Depois de um ano no Vale estava querendo ir embora para ficar mais perto da família e conheci o meu atual marido (Médica 10).

Marido já trabalhava em Registro (efetivado). Quando a filha nasceu não dava mais para continuar separado. Eu vou ser sincera. Se não fosse pelo meu marido eu jamais viria para cá. Eu vim por uma questão absolutamente pessoal (Médica 11).

Você tem que pensar em fixar o profissional e sua família (...). Tivemos N profissionais, que vieram, ficaram por um período, fizeram bom trabalho, só que o fato das famílias não ficarem, foram embora. (Gestor 5).

Uma das entrevistadas, que se diz satisfeita profissionalmente, queixa de não ter amigos e vida social no município em que atua, sendo este um possível motivo para não permanência na região.

Assim, aqui não tenho vida social. Só trabalho, estudo. Conheço poucas pessoas. Minhas amigas são mais velhas. As pessoas têm preconceito assim, de uma pessoa solteira, entendeu? Isso eu sinto em todo lugar. (...) Mas assim, eu tenho vontade, de se eu conseguir uma coisa melhor, numa cidade maior ir embora. Por mais que sinta realizada aqui, não tenho vida social (Médica 6).

4.1.2 Itapeva

O campo na região de saúde de Itapeva foi realizado de 12 a 16 de dezembro de 2016 e contemplou os municípios de Itapeva, Ribeirão Branco, Bom Sucesso de Itararé e Itaberá. Foram visitados 12 estabelecimentos de saúde, entre UBS, ambulatórios de especialidades médicas, UPA, hospitais (públicos e filantrópicos) e consultórios médicos, além das secretarias municipais de saúde.

A estrutura de saúde da cidade-polo da região dispõe de Unidades Básicas de Saúde, Ambulatório de Especialidades Médicas, Serviço de Assistência Especializada, Unidades de Pronto Atendimento, Santa Casa de Misericórdia, além de serviços privados (clínicas especializadas e consultórios isolados). Os municípios de Itaberá e Ribeirão Branco possuem UBS e Hospital Municipal. Em Bom Sucesso de Itararé há apenas o serviço de atenção primária.

Resultado das Entrevistas

Na região de saúde de Itapeva foram realizadas 23 entrevistas, sendo 12 médicos (três da atenção primária e nove da atenção secundária/ terciária), seis gestores de estabelecimento e cinco gestores municipais, conforme apresentado nas tabelas abaixo. A maioria dos médicos era do sexo masculino e a maioria dos gestores do sexo feminino.

Independente do local onde atuam (município-sede ou municípios vizinhos), os médicos da região residem no município de Itapeva, salvo um profissional entrevistado em Ribeirão Branco e que mora em um sítio neste município. Os demais optam por se deslocarem diariamente, ainda que as estradas não sejam seguras, afirmando que o fazem pelo fato de Itapeva oferecer boas escolas para os filhos, agências bancárias, comércio diversificado, entre outros fatores importantes referentes à infraestrutura e qualidade de vida.

Interessante observar, ainda entre os médicos, que apenas três são nascidos na própria região. A maioria é natural de outros estados, sobretudo do Rio de Janeiro e de Minas Gerais. O mesmo não ocorre entre os gestores, que em sua maioria são naturais de municípios da própria região.

Tabela 58 – Relação de entrevistas, segundo ator, estabelecimento e município – Região de Saúde de Itapeva, 2016

Atores	Estabelecimentos	Municípios da região de saúde de Itapeva				Total
		Itapeva	Bom Sucesso de Itararé	Itaberá	Ribeirão Branco	
Gestores	Secretaria municipal saúde	3	1	0	1	5
	Unidade Básica de Saúde (UBS)	0	0	0	1	1
	Ambulatório Médico de Especialidades (AME) – Público	1	0	0	0	1
	Hospital – Filantrópico (Santa Casa)	2	0	0	0	2
	Hospital - Público	1	0	1	0	2
Médicos	Unidade Básica de Saúde (UBS)	1	1	0	1	3
	Ambulatório Médico de Especialidades (AME) – Público	2	0	0	0	2
	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - Público	1	0	0	0	1
	Hospital - Público	0	0	1	1	2
	Consultório Isolado - Privado	4	0	0	0	4
Total		14	3	2	4	23

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Quadro 11 - Identificação dos gestores entrevistados por local de entrevista.

Locais de entrevista	Número de identificação do entrevistado
Secretaria municipal saúde	1, 3, 10 e 11
Hospital - Público	4 e 7
Hospital - Privado	5 e 9
Unidade Básica de Saúde (UBS)	2 e 8
Ambulatório de Especialidades Médicas	6

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Quadro 12 - Perfil dos médicos entrevistados na Região de Saúde de Itapeva, dezembro de 2016.

	Atenção Primária			Atenção Secundária/Terciária						Consultório Isolado			
				Público									
Identificação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	
Faixa etária	41 a 50anos	51 a 60 anos	51 a 60 anos	até 30 anos	até 30 anos	31 a 40 anos	mais de 60 anos	31 a 40 anos	51 a 60 anos	41 a 50anos	mais de 60 anos	51 a 60 anos	
Estado Civil	Casado	Casado	Casado	Solteiro	Solteiro	Casado	Casado	Casado	Casado	Casado	Casado	Casado	
Possui Filhos	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	
Mun. de Residência	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Mesmo município da entrevista	Município do estado de SP	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Município do estado de SP	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	
Local de formação	Município de outro estado	Município de outro estado	Município de outro estado	Município de outro estado	Município de outro estado	Município do estado de SP	Município de outro estado	Município do estado de SP	Município de outro estado	Município de outro estado	Município de outro estado	Município do estado de SP	
Especialidade	Angiologista	Médico do Trabalho	Pediatria	Não possui	Não possui	Endocrinologista	Reumatologista	Oftalmologista	Neurologista	Ortopedista	Ortopedista	Ginecologista e Obstetra	
Tipo de vínculo	Autônomo (PF)	Estatutário	Autônomo (PF)	Autônomo - PJ	Autônomo - PJ	Autônomo - PJ	Autônomo - PJ	Autônomo (PF)	Proprietário	Proprietário	Proprietário	Proprietário	
Tempo de trabalho na região	mais de 15 anos	até 5 anos	de 6 a 14 anos	menos de 1 ano	até 5 anos	até 5 anos	até 5 anos	até 5 anos	mais de 15 anos	mais de 15 anos	mais de 15 anos	mais de 15 anos	
Trab. em outro local no mesmo município	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	
Trab. em outro município	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Análise das entrevistas por categoria

Remuneração

Em Itapeva, quase todos os entrevistados destacaram o ‘salário’ como um dos principais fatores para justificar a atração e/ou a permanência no município. Além disso, o pagamento em dia e sem parcelamento, também foi um fator considerado de relevância na atração dos profissionais.

O salário é bom, o salário não é ruim, e paga em dia. Hoje em dia isso para um médico, por incrível que pareça é um atrativo (Médico 1).

[saí de lá] pela remuneração, lá era bem ruim (...) O plantão até pagava bem, só que eu saí na hora certa, porque agora a crise chegou lá e está bem ruim essa questão. Atrasando pagamento de todo mundo, parcelando pagamento. Aqui ainda não chegou, mas lá já chegou e está bem feio (Médico 4).

Então eu acho que pra fixar médico hoje infelizmente nesse momento é salário ... infelizmente ... qual outra vantagem o cara viria ... você pode dar benefício dar uma casa pra pessoa dar plano de saúde ... entendeu? O benefício ajuda também ... mas eu acho que o fundamental é você embutir na cabeça da pessoa que ele vai ser um profissional valorizado (Médico 12)

Há ainda de se ressaltar, em relação à remuneração, que a maioria dos entrevistados enfatizou o abismo existente entre os valores pagos aos médicos da atenção primária em comparação aos especialistas, reforçando a ideia de não ser vantajoso para o profissional se dedicar ao trabalho nas UBS.

Acho que se tivesse um atrativo em relação ao salário acho que ia fixar muito mais. Porque é muito melhor ficar na UPA aqui ganhando por carga horária do que ele ir no posto de saúde e ganhar praticamente (...) não paga nem as contas se você for trabalhar no posto. Acho complicado isso (...) se você fizer a carga horária total, de 40 horas semanais no posto e na UPA você vai ganhar muito mais na UPA (Médico 5).

A remuneração média dos profissionais da Atenção Primária é de dez mil reais, enquanto os médicos especialistas, sobretudo aqueles cujo regime de contratação é via Pessoa Jurídica, chegam a ganhar, em média, cem reais por hora.

O especialista recebe por consulta, por evento. Produção. Então dá uma produção bem diferenciada, daí ele produz muito mais do que se ele estivesse na atenção básica. E tem no pronto atendimento é por hora, que também é um valor maior, chega a 120 reais por hora. De 100 a 120 (Gestor 1).

(...) quem ganha o dinheiro é o especialista, o clínico geral depende de prefeitura, ele não tem vida no consultório, tanto que tem pouco pediatra acabaram os pediatras, por quê? Porque ele não é valorizado não tem máquina pra usar, não dá pra fazer cirurgia no consultório, pediatra é pediatra e não está se estimulando a ser pediatra mais, então você tem uma dificuldade grande de arrumar plantonistas pediatras, muito mais para a rede básica. Se não mudar a escola médica no foco de atenção para a saúde pra mudar esse modelo que existe atual esse modelo atual é tratamento não é preventivo (Médico 10).

Contudo, alguns médicos e gestores destacaram que por vezes é vantajoso trabalhar na Atenção Primária nas cidades vizinhas ao município-sede. Esses locais, por não possuírem nenhum atrativo para os médicos, precisam ofertar melhores salários como uma contrapartida. A maioria dos profissionais se desloca diariamente de Itapeva para os municípios vizinhos e só o fazem quando a remuneração é consideravelmente mais alta. Além de melhores salários, também há, em alguns casos, oferta de auxílio transporte.

Estou indo pra cidade vizinha, que vai me pagar muito bem e vou pra atenção básica, pra consertar a atenção básica lá (...) Lá paga praticamente o triplo. A remuneração muito melhor pra quem atua na atenção básica lá, em relação a Itapeva (Médico 5).

Hoje um município distante igual o nosso a gente não consegue menos de vinte mil ... acima de vinte mil reais. O governo repassa 10 mil reais pra pagar o médico e a contra partida da prefeitura é o dobro disso (Gestor 2).

As cidades maiores, além de ofertarem vantagens como infraestrutura de moradia e variada oferta de serviços, também possibilitam que os médicos tenham vários vínculos, conforme relatado pela gestora de um estabelecimento de saúde.

Se ele estiver em Itapeva, ele atende no hospital, ele atende no AME, ele atende no consultório particular. Uma, duas horas aqui, duas horas ali, faz regulação de vaga em outras... Fora os atendimentos... (Gestor 2).

A flexibilização da carga horária também foi considerada um fator de atração, presente tanto na fala dos gestores, como na fala dos médicos, sobretudo os da Atenção Primária.

Isso [o cumprimento da carga horária] é um embate meu aqui. Eles vêm falar pra mim com raiva. Eu cheguei num ponto, que eles não conseguiam, ou eu fico com os médicos em menos tempo e atendendo ou fico sem eles (Gestor 3).

Conversei com o prefeito na época falei (...) prefeito meu horário é esse. Eu tenho um dia de folga porque eu trabalho em outro município eu sou concursado lá (Médico 1).

Pra eles [os médicos] não é viável que o PSF seja 8 horas diárias. A gente tem um acordo (...) desde que o médico não deixe atendimento pra trás. Às vezes ele chega um pouquinho mais tarde, as vezes ele vai um pouquinho depois das 17 horas, isso é um acordo do município, só que em folha são 40 horas semanais. (...) Pra médico não é viável ele ficar 8 horas dentro de um PSF, sendo que ele pode distribuir essas 8 horas em vários locais, em uma cidade grande, como Itapeva mesmo, já tem muita demanda lá pra atendimento. AME, hospital, plantão, eles pegam a gerência do município, então eles não ficam presos. Então essa é a grande dificuldade do PSF, porque os médicos não querem (Gestor 2).

Vínculo de Trabalho

Os vínculos mais comuns entre os entrevistados foram os profissionais autônomos, que trabalham como Pessoa Jurídica (PJ) e os contratos temporários. Foi possível identificar que o tipo de vínculo pode influenciar na atração do médico para uma determinada localidade de trabalho.

Parte dos entrevistados enfatizou que os contratos “instáveis”, conforme a supracitada definição de Girardi (2010)¹⁷, contribuem para a atração do profissional, ao possibilitar a permanência no município durante um período pré-determinado, sem sanções legais caso o médico opte por deixar o trabalho. O contrato temporário permite, por exemplo, que o médico troque de município com facilidade caso receba uma proposta de trabalho mais interessante ou que faça uma poupança, até ser aprovado em algum programa de residência médica, conforme elucidado por uma médica recém-formada e que atua em um hospital num município de pequeno porte próximo à Itapeva.

Preciso também trabalhar e juntar um dinheiro porque na residência vou ganhar uma miséria. Então imagino esse ano inteiro vou continuar trabalhando aqui (Médico 4).

¹⁷ 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, 2010.

Há ainda outros dois atrativos declarados pelos médicos e pelos gestores (de estabelecimentos e municipais), no que se refere a esses vínculos informais – possibilitam maior flexibilidade de horário e permitem a concomitância de diversos vínculos, influenciando, por conseguinte, no valor da remuneração.

A gente tem uma associação que é a São Vicente de Paula que faz a administração dessa equipe, da equipe inteira, não só do médico, da equipe. Porque tem uma lei em vigor que nenhum funcionário pode ganhar mais que o prefeito, e o salário do médico é maior. Tipo que ele administra não só nosso município, todos os municípios tem uma terceirizada que faz isso (Gestor 2).

Por causa da lei de responsabilidade fiscal, eles não podem gastar com RH mais que cinquenta por cento da folha e folha de pagamento médico é alta ultrapassa. E qual foi o arranjo que foi feito? O médico vem contratado de pessoa jurídica (...) Você contrata sem férias, sem décimo terceiro e sem férias, com uma colocação um pouquinho maior e ele recebe pessoa jurídica, inclusive aí abate menos no imposto de renda. Então os médicos de Itapeva ou são efetivos ou é pessoa jurídica (Gestor 3).

Condições de trabalho

Um dos aspectos que mais se destacou na fala dos entrevistados, em relação às condições de trabalho, foi o fato da região oferecer boa infraestrutura, que ainda não sendo a ideal, é consideravelmente melhor do que a encontrada em outros locais onde já atuaram.

Tem alguma coisa pra gente melhorar, mas, aqui tem tudo que preciso. Lá colocaram um ar condicionado agora, maravilhoso pra mim. E está ótimo. Tem, tipo assim, o básico que eu preciso no dia a dia, tudo tem. Pra alguma coisa um pouco mais grave, talvez não tenha, mas pro dia a dia dá pra suprir bem (Médico 4).

Eu tenho que saber que estou em uma cidade menor e com limites, mas nós fazemos praticamente todas as cirurgias que a gente quer fazer (...) ela [Santa Casa] tem capacidade de dez salas cirúrgicas de padrão comparáveis a qualquer hospital de São Paulo. A qualidade do hospital é de um hospital de São Paulo (Médico 11).

Aqui tem tudo. Às vezes falta uma coisa ou outra, como em todo lugar, mas se você for ver, em todos os lugares que você for ver, aqui tem praticamente tudo, falta uma coisa ou outra, mas em uma semana já volta à normalidade, aqui acho muito bom. Tanto que tenho segurança de trabalhar porque se tiver uma

urgência mesmo, emergência, consegue fazer tudo, você resolve. Tem tubo, acho que ventilador não tem, você entuba, tem o carrinho de parada, tem tudo, medicações que precisa, pra qualquer coisa, então te dá segurança (Médico 5).

Não é o ideal, mas já fiz coisa muito pior. Lá no Nordeste, (...) é muito pior do que aqui. Não que aqui seja exemplo suprasumo de qualidade, mas no resto do Brasil é muito pior (Médico 7).

Pra minha especialidade, atende plenamente com toda estrutura que eu preciso de equipamento, material de cirurgia, material de ponta pra fazer cirurgia ortopédica, intensificador de imagem, próteses importadas se eu precisar e o recurso de UTI principalmente (Médico 10).

Tem o material todo aqui. Tem adrenalina tem, tem tudo aqui. Se chegar uma grande emergência aqui eu consigo me safar. Boto na ambulância e vou. Estabilizo aqui (Médico 1).

Contudo, ainda que a avaliação da infraestrutura tenha sido positiva, foram relatadas dificuldades para referenciar pacientes para consultas especializadas.

Tenho que referenciar aqueles que a gente não tem nem como capacitar, oftalmologia, otorrinolaringologia, nem tanto cardiologia, nem tanto endocrinologia porque a gente resolve com o clínico né, hipertensão, hipotireoidismo, é mais assim, encaminhamento para especialidades, dermatologia que seja assim mais voltado para exames, o encaminhamento é basicamente esse. Ou para especialidade que a gente não tem aqui, não é via de regra, mas hematologia, oncologia alguns casos. Na verdade a gente tem certa dificuldade com relação a essas referências, a gente tem pacientes que a gente pede prioridade nas referências e aguarda lá, aguarda lá... E aí não dá mais pra resolver! Tem casos aqui que pacientes não resistiram à doença por conta desse sistema (Médico 2).

No que se refere ao acesso a exames, foi comum relatarem a necessidade de encaminhamento de pacientes, para Sorocaba ou para São Paulo, ou ainda pagar convênio para realização dos mesmos na rede privada.

Precisava um centro de imagem aqui. Tenho ultrassom, tomografia e tenho particular que muitas vezes, ao invés de ir pra Sorocaba, que vai me custar honorário médico, a SAMU completa (...) Eu levo no particular que eu negocieei a 450. E a região depende muito desses equipamentos aqui, desses exames (Gestor 1).

O excesso de volume de trabalho foi enfatizado, principalmente, entre os entrevistados da atenção secundária, que relatam que demandas que deveriam ser supridas nas unidades de saúde, acabam chegando, desnecessariamente, aos pronto-atendimentos e hospitais.

Quando a gente vê o volume de UPA e de Pronto Atendimento é muito grande aqui você já vê que o básico não está funcionando. Então vai no posto e não funciona, vem na UPA, sempre acontece isso. É o que mais vejo, qualquer cidade, tanto aqui quanto cidades vizinhas, porque fui ver essas coisas assim, que já me chamaram pra atuar, tive um pouquinho mais de contato, é a mesma coisa, então sempre pronto atendimento cheio porque a primária não está dando certo. Porque se desse certo a primária, isso aqui ia desafogar (Médico 5).

A gente atende muito procedimento ambulatorial aqui, muito, bastante. Coisas bem simples, básica, passagem de sonda, troca de sonda, vem tudo pra cá, porque a UBS acaba não fazendo, não sei se por falta de recurso ou por falta de vontade mesmo, mas acaba vindo pra cá. E a gente acaba fazendo muito procedimento de ambulatório. Muita receita médica, muito atestado médico (Gestor 4).

Fatores profissionais

Antes de descrever os pontos relevantes destacados pelos médicos em relação aos fatores profissionais, vale ressaltar que entre os treze médicos entrevistados (incluindo os gestores com formação e atuação na área médica), nove são especialistas. Entre os quatro generalistas, três têm pós-graduação.

O interesse por realizar a residência médica, entre os generalistas recém-formados, foi identificado como fator que dificulta a fixação do profissional no município.

Meu plano é fazer a minha residência, esse ano já fiz algumas provas. Mas preciso também trabalhar e juntar um dinheiro porque na residência vou ganhar uma miséria. Então imagino esse ano inteiro vou continuar trabalhando aqui, trabalhar em Itapeva, e se Deus quiser depois fazer minha residência. Ai depois eu não sei, vai variar de oportunidade, onde vai estar um bom serviço (Médico 4).

Contudo, entre os que têm mais tempo de profissão, não foi relatado o objetivo de dar continuidade ao processo de formação/qualificação. O que ocorre, nestes casos, é que esses profissionais atuam com *status* de especialista, por terem, na verdade, cursos de pós-graduação.

Um dos médicos generalistas entrevistados, que está na região de Itapeva há muitos anos, atua na atenção primária em dois municípios vizinhos, dá plantão na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do Hospital de Itapeva e também tem um consultório na cidade. Embora não tenha feito residência, apenas pós-graduação em Angiologia e Mastologia, possui vínculos e renda equiparáveis aos médicos especialistas.

Fatores locais

O que se observa, no cômputo geral, é que as condições de vida ofertadas são importantes para o processo de atração e sobretudo de fixação do profissional médico. A infraestrutura precária do município, que inclui a oferta de serviços básicos, como agências bancárias, internet de qualidade e a oferta de opções de lazer, como disponibilidade de restaurantes, shoppings, cinema, dentre outros, foram assuntos recorrentes entre os entrevistados, configurando-se entre os principais fatores que dificultam a permanência do profissional no município.

Um dos pontos principais é a localização. É a localização e a oferta de estrutura no município e região isso às vezes pesa muito. Muitas vezes muitos têm filhos, têm uma faculdade, tem isso tem aquilo, tem lazer. Isso é um ponto então às vezes assim, eles acham que não compensa o valor pra vir pra cá (Gestor 5).

Você tem que olhar tudo, se tem alguma opção cultural, a cultura aqui é assim, não tem teatro, mas tem coisa pra se fazer, tem restaurantes, tem bancos (...) porque tem lugar que o médico vai trabalhar e nem tem agência bancária. Tudo isso é fixação do médico, um supermercado bom tem aqui, você conhece coisa boa aí você quer coisa boa, requeijão, eu gosto de requeijão, então tem requeijão de marca boa, tem creme de leite Nestlé, não é bobagem, marca boa de pão, um médico olha essas coisas (Gestor 3).

O fator distância/localização é subjetivo e foi identificado nas entrevistas principalmente em termos de distância da família, amigos e de grandes centros urbanos. No caso de Itapeva, houve por parte dos entrevistados uma avaliação positiva acerca da localização, por estar relativamente próxima a Sorocaba, São Paulo e Curitiba, sendo comum o deslocamento dos profissionais para essas cidades. Avaliam que têm a tranquilidade de uma vida no interior, com adequada infraestrutura e fácil acesso.

Eu sinto falta de um shopping só, um cinema maior. Daí quando dá vontade, eu vou pra São Paulo (Médico 8).

É muito fácil pra nós irmos pra São Paulo ... assim pra nós é caminho da roça né eu vou direto meu marido vai três vezes na semana (Gestor 6).

Itapeva é legal porque ela é no meio do caminho, entre Sorocaba e Curitiba, então o atrativo do interior, é acolhedor, ela é calma, você conhece todo mundo pra criar seus filhos até eles ficarem maiores, porque não tem muita alternativa assim então aqui você vive bem, tem um mercado bom, tem acesso a todas as modernidades, culturalmente tem alguns eventos, mas quando você tem vontade de coisas maiores, você vai pra São Paulo, ou Sorocaba, ou Curitiba. Você fica com a parte boa dessa cidade, você não vive nessa cidade, bom do interior é você viver tranquilamente pra trabalhar, não me esgoto com trânsito (Médico 10).

Então assim quando eu quero (...) respirar um pouco de civilização (...) ia pra São Paulo ficava num hotelzinho (...) era mais em conta um teatrinho ... shopping (Médico 1).

Se a gente tem vontade de ir ao teatro, vai quando está em São Paulo, quando tem tempo pra ir ou até mesmo nas nossas idas ao Rio de Janeiro, a gente tira um tempinho pra poder ir. E é isso, as vantagens e desvantagens, a gente tem que saber lidar com isso (Médico 2).

Para aqueles profissionais casados e/ou com filhos, a disponibilidade de escola de qualidade para os filhos e de emprego para o cônjuge foram identificados nas entrevistas como fatores que podem determinar a atração e fixação do profissional. Além disso, também relataram a questão da tranquilidade/segurança como fator de atração e fixação, sobretudo no que se refere à vida dos filhos.

Escolas boas. Bairros bons, hoje tem condomínio fechado e todos meio que moram aí. Eu vi pelos Mais Médicos, que a própria médica falou, o marido trabalha em Ribeirão Branco e ela queria se estabelecer aqui pela qualidade da vida dos filhos, qualidade de casa melhor pra morar, eles preferem ficar aqui (Gestor 1).

Minha filha sai de casa a pé juntos com os colegas, não tem essa preocupação, isso aí valeu mais do que tudo (Médico 2).

A maioria quer sair da capital porque tem filho pequeno, tem esposa, quer uma vida mais calma. Então eles acabam procurando mesmo o interior né. Aí vem pra cá (Gestor 6).

Porque aqui é uma cidade de interior e é maior do que as que eu morava e eu precisava de uma cidade que tivesse mais alguma coisa, porque minha filha já estava em idade escolar e precisava de uma escola melhor do que as cidades do interior, interior. Aí eu tive que começar a aceitar algumas coisas tipo, numa cidade que tem uma estrutura maior, apesar de aqui ser uma razoavelmente grande, ainda é uma cidade do interior. Itapeva ainda é... Meu carro dorme na rua e não me preocupa. A casa eu bato a porta e não lembro se está trancada (Médico 7).

Alguns médicos optam ficar aqui porque aqui tem escola particular pros filhos, então é um diferencial da região. Tem Mackenzie, tem Objetivo, tem Anglo, tem a faculdade. Quatorze cursos. Agora montou nutrição, quinze. E tem UNESP com dois cursos (Gestor 3).

Deve-se salientar que esses discursos referem-se à fixação de residência no município de Itapeva, o que não diz respeito à realidade dos municípios vizinhos.

Bom Sucesso não tem um lazer, alguma coisa assim, a parte da vida pessoal, assim, ficava meio grilado. E por ser uma cidade pequena ainda é mais, eles iam bater na porta, não tinha horário, sabe? Eles iam na lanchonete, o pessoal... Todo mundo conhece. Isso que... pessoal não sabe dividir o que é... Então acabou que o último médico que morou aqui, acho que uns seis meses só. Eles não param (Gestor 2).

Fatores pessoais

Os fatores pessoais, ou seja, relacionados à origem, família, estilo de vida e experiência individual dos entrevistados, também foram ponto de atenção nas entrevistas. Contudo, em Itapeva, não predominaram os discursos referentes à proximidade com familiares ou de quaisquer outros vínculos naturais à região. O que ocorre, corroborando com os fatores locais, são profissionais que justamente por terem família e filhos pequenos, se interessam pela região, por suas características predominantemente interioranas, sendo, dessa forma, um fator de atração.

(...) a maioria quer sair da capital porque tem filho pequeno, tem esposa, quer uma vida mais calma então eles acabam procurando mesmo o interior né aí vem pra cá (...) vai junto com a esposa conhecer a cidade, a escola, eles acabam gostando e ficam né? (Gestor 6).

[escolhi Itapeva] porque era uma cidade de interior e era maior do que as que eu morava e eu precisava de uma cidade que tivesse mais alguma coisa porque

minha filha já estava em idade escolar e precisava de uma escola melhor do que as cidades do interior, interior. Aí eu tive que começar a aceitar algumas coisas tipo, numa cidade que tem uma estrutura maior, apesar de aqui ser uma razoavelmente grande, ainda é uma cidade do interior (Médico 7).

Num segundo momento das entrevistas aparecem os discursos referentes à fixação, depois que os profissionais e suas famílias estão adaptados à cidade, há então a formação de um vínculo com o lugar.

(...) meus planos são ficar aqui em Itapeva, só vou sair daqui por algum motivo familiar, se acontecer alguma coisa com meus familiares (...), se não, eu vou continuar aqui. Meus filhos estão aqui, com seus amiguinhos aqui, tudo em paz, fizeram boas amizades aqui, eu gosto muito daqui, então não pretendo sair (Gestor 3).

[Ter vindo pra Itapeva] valeu a pena foi uma boa escolha em termos de família foi bom. A cidade você viu é fraquinha ... mas ... todos (fizeram) inglês tem uma “wizardzinha” lá ... eles formaram em inglês ... fizeram piano ... a cidade é pequena mas tem várias estruturas que valeu a pena (Médico 1).

E a minha escolha foi essa, eu não tive nenhum problema, o problema inicial foi a minha filha, ela realmente teve algum tipo de rejeição a vir para o interior. Mas hoje ela se acostumou e se você fala se ela quer voltar para o Rio de Janeiro, ela não quer (Médico 2).

4.1.3 Vale do Jurumirim

O campo na região de saúde do Vale do Jurumirim foi realizado de 12 a 16 de dezembro de 2016 e contemplou os municípios de Avaré, Piraju, Tejupá e Águas de Santa Bárbara. Foram visitados 8 estabelecimentos de saúde, entre UBS, centros e clínicas de especialidades médicas, pronto socorros, hospitais (públicos e filantrópicos) e consultórios médicos individuais, além de órgãos da administração pública municipal (prefeituras e secretarias municipais de saúde).

A estrutura de saúde da cidade-sede da região dispõe de Unidades Básicas de Saúde, Ambulatório de Especialidades Médicas, Serviço de Assistência Especializada, Unidades de Pronto Atendimento, Santa Casa de Misericórdia, além de serviços privados (clínicas especializadas e consultórios isolados). O município de Piraju possui Hospital Municipal, UBS e consultórios particulares. Em Tejupá e Águas de Santa Bárbara há apenas serviços de atenção primária.

Resultado das entrevistas

Na região do Vale do Jurumirim foram realizadas 18 entrevistas, sendo 9 médicos (um da atenção primária e oito da atenção secundária/terciária), cinco gestores de estabelecimento e quatro gestores municipais. A maioria dos entrevistados, tanto médicos quanto gestores, eram do sexo masculino.

Independente do local onde atuam (município-sede ou municípios vizinhos), os médicos da região residem em Avaré, salvo um profissional entrevistado em Piraju e que reside em um município próximo. Aqueles que trabalham em outros municípios optam por se deslocarem diariamente, uma vez que as estradas são boas, as cidades são próximas, e também por Avaré ser o município com a melhor oferta infraestrutura da região, mantendo a segurança e a qualidade de vida.

Apenas quatro dos médicos entrevistados são nascidos no Vale do Jurumirim. Os outros se graduaram em cidades próximas ou têm cônjuges nascidos na região. Por outro lado, a maioria dos gestores é natural de municípios da própria região.

Tabela 59 – Relação de entrevistas, segundo ator, estabelecimento e município – Vale do Jurumirim, 2016

Atores	Estabelecimentos	Municípios visitados				Total
		Avaré	Piraju	Tejupá	Águas de Santa Bárbara	
Gestores	Prefeitura municipal	1	1		1	3
	Secretaria municipal saúde		-	1	1	2
	Hospital – Filantrópico (Santa Casa)	1	-	-	-	1
	Hospital - Público		1	-	-	1
	Centro/Clínica de Especialidades – Público	1	-	-	-	1
	Cooperativa de médicos	1	-	-	-	1
Médicos	Unidade Básica de Saúde (UBS)	1	-	-	-	1
	Centro/Clínica de Especialidades – Público	3	-	-	-	3
	Pronto Socorro - Público	1	-	-	-	1
	Hospital - Público		1	-	-	1
	Consultório Isolado - Privado	2	1	-	-	3
Total		11	4	1	2	18

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Quadro 13 - Perfil dos médicos entrevistados na região de saúde do Vale do Jurumirim, dezembro de 2016.

	Atenção Primária em Saúde	Atenção Secundária/Terciária					Consultório Isolado		
		Público							
Identificação	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Faixa etária	61 a 80 anos	51 a 60 anos	51 a 60 anos	31 a 40 anos	51 a 60 anos	até 30 anos	51 a 60 anos	31 a 40 anos	51 a 60 anos
Estado Civil	Casado	Casado	Casado	Casado	Casado	Casado	Casado	Casado	Casado
Possui Filhos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Onde reside	Avaré	Avaré	Avaré	Avaré	Avaré	Município do estado de SP	Avaré	Avaré	Avaré
Onde formou	Município do estado de SP	Outro país	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município do estado de SP
Especialidade	Generalista e Urologista	Clínico geral, gerontólogo	Ginecologista	Psiquiatra	Pneumologista	Generalista	Cirurgião Gastroenterologista	Ginecologia e Obstetrícia	Pediatria e Homeopata
Tipo de vínculo	Estatutário	Prestador de serviço	Não informado	Contrato temporário	Contrato temporário	Prestador de serviço	Sócio/ proprietário	Sócio/ proprietário	Sócio/ proprietário
Tempo de trabalho no município	Mais de 15 anos	De 6 a 14 anos	Mais de 15 anos	Até 5 anos	Mais de 15 anos	De 6 a 14 anos	Mais de 15 anos	Até 5 anos	Até 5 anos
Município	Avaré	Avaré	Avaré	Avaré	Avaré	Piraju	Avaré	Piraju	Avaré
Trab. em outro local no mesmo município	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Trab. em outro município	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Quadro 14 - Identificação dos gestores entrevistados por local de entrevista.

Locais de entrevista	Número de identificação do entrevistado
Prefeitura Municipal	1, 2 e 3
Secretaria municipal saúde	4 e 5
Centro de Especialidades Médicas	6
Hospital público	7
Hospital - Filantrópico	8
Cooperativa	9

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Análise das entrevistas por categoria

Remuneração

Quase todos os entrevistados declararam que o salário pago pelos municípios da região é muito baixo, não sendo um fator que justifique a atração e/ou a permanência no município.

O salário da prefeitura é uma mixaria, abre concurso e ninguém presta, porque não tem interesse nem atrativo (Médico 7).

Vai aposentando e não tem outro, por que não paga. Ganhar 4 mil reais por mês para fazer isso aqui ninguém quer. Ou seja, a gente faz o que pode, hoje mesmo eu atendi o dobro de pessoas que eu deveria atender (Médico 3).

[...] por mil e oitocentos reais? Então eu acho que a pessoa até presta, mas não fica. Por que é uma carga horária de 20 horas, você não precisa cumprir as 20 horas, mas você atende os pacientes referente a 20 horas. Então são 4 pacientes por hora, você vai atender 16 pacientes por dia e o salário com certeza... Uma faculdade cara, residência, mas é isso que paga (Médico 9).

Esta questão fica evidenciada também pela fala de uma gestora de estabelecimento:

O salário um pouco melhor, eles, os médicos, queixam para mim bastante do financeiro. Açam que é pouco o financeiro. (Gestor 6)

De fato, os baixos salários são a justificativa dos profissionais para trabalharem em diversos municípios, ou mesmo “trocar” o município atual por outro que pague melhor.

Como eu sou casada, tenho família, então, acabo mudando só se realmente compensar muito, a gente até pensa junto, agora, quando dá para conciliar e viajar, aí a gente larga de um e vai para outro com certeza (Médico 8).

Além de gostar, de fazer parte, de querer essa vida para mim no interior, ter o consultório e tal, é o salário, a gente vai onde paga melhor. A gente larga de um, vai para o outro, nem que tenha que às vezes andar a distância ou mudar. (Médico 8)

Eu estava em quatro (municípios), porque não dá pra ficar só em um, porque em um a gente não consegue pagar todas as despesas. (Médico 8)

Procurei em todas as cidades aqui perto, e comecei a atender nos postos ginecologia e obstetrícia, Fartura, Santa Bárbara, aqui, então são vários empregos, hospital maternidade também, faço plantão aqui e trabalho em Avaré também. (Médico 8)

Tem que trabalhar muito em vários lugares, mas, satisfeita porque, é mais fácil conseguir emprego. Se eu quisesse trabalhar em outros lugares, mas a agenda não dá, não tem como, mas a procura é grande, eles ligam oferecendo, é que não dá para pegar tudo. (Médico 8)

Alguns profissionais citaram a diferença salarial existente entre os médicos contratados para a Estratégia de Saúde da Família e os médicos especialistas.

O médico é médico, ele não tem uma diferenciação do que é especialista, [...], ele vem para cá e acaba entrando como médico do Mais Médicos, e o salário desses médicos, [...] em torno de R\$15.000,00 por mês, tem auxílio moradia, tem transporte ida e volta, tem a questão de férias, e nós que estamos aqui no serviço público o salário inicial não chega a R\$3.000,00. (Médico 5)

A diferença salarial também é encontrada segundo a forma de contratação do médico, geralmente inferior para aqueles que são concursados.

O médico contratado ele ganha R\$50,00 por consulta atendida, ele atende 100 consultas ao mês, dando um total de R\$5.000,00 ao mês. O médico concursado do município é menor o salário, em torno de R\$3.900,00 a R\$4.000,00 (Gestor 6).

A oferta de outros trabalhos no município para os médicos da atenção primária, acarretando um alto salário, é citada por um gestor como uma forma de fixação destes profissionais no município.

Salário de 12 mil reais. [...] O que mais você pode oferecer de espaço pra esse profissional? Então além da Estratégia de Saúde da Família, ele pode estar realizando plantões noturnos. [...] Hoje o valor do plantão de 12 horas, é 1200 reais. Então fora esse plantão, o que vai acontecer? Ele faz parte do corpo clínico, ele tem oportunidade de estar internando os pacientes, existe uma produtividade em cima disso. [...] então tudo isso gente, viabiliza uma renda em plantão, em cobertura, e a renda do PSF. É possível que esse médico, sem ele ter um consultório na cidade, você vai falar qual o horário do consultório? Consultório você ganha a noite. [...] Enfim, sem o consultório médico é possível que esses profissionais tenham uma renda em torno de 30 a 40 mil reais, do poder público, da prefeitura (Gestor 1).

Outro gestor confirma os altos salários graças à diversificação de trabalhos e possibilidade de múltiplos vínculos do médico no município:

É que o médico acaba sendo multifunções, então, tem médico que faz turno na unidade da saúde da família, PSF, dá plantão no pronto socorro, dá plantão em clínica, na pediatria neonatal, então, mais ou menos, um médico que tem várias atividades aí, ele chega a tirar de R\$30,000,00 a R\$35,000,00 por mês, fazendo várias atividades. (Gestor 7)

Vínculo de Trabalho

Os vínculos mais comuns entre os entrevistados foram os autônomos Pessoa Jurídica (PJ) e os contratos temporários, que por um lado geram incertezas quanto à permanência em um município, mas por outro permitem que os médicos se movimentem entre diversos municípios e empregos, como ficou demonstrado em algumas falas no tópico anterior.

Todos esses médicos têm uma empresa médica de prestação de serviços, e a Santa Casa repassa os valores aos médicos contra o fornecimento de uma nota fiscal de prestação de serviços. Em suma, todos trabalham por PJ (Gestor 8).

O ideal seria estatutário, né? Dá uma segurança maior, agora, desde que pague adequadamente te dê condições de trabalho (Médico 1).

O Pronto Socorro é administrado por uma empresa. Essa empresa ganhou uma licitação feita pelo município e através dessa licitação ela tem um corpo de

médicos. Um grupo de médicos que presta serviços. Meu vínculo é com a empresa. [...] Não há incentivo nenhum. Hoje nós somos um funcionário que não tem fundo de garantia, que não tem 13º, não tem nenhuma segurança de trabalho (Médico 1).

Aqui no posto não dá para saber porque é contrato, depende do secretário da saúde, do prefeito, das condições e eu já renovei uma vez, fiz ano passado, esse ano eu renovei, ano que vem eu já não sei como vai ser (Médico 4).

A empresa contrata e são médicos que têm autonomia de rescisão de contrato. Por exemplo, nós estamos com pagamento atrasado, te dou um exemplo, têm médicos que já diminuíram sua carga horária. Outros já não vêm mais. Outros continuam (Médico 2).

Eu acho que o modo de contratação é muito ruim, aqui ainda esse modo de contrato é um pouco melhor porque ele é direto da prefeitura comigo. Eu trabalho nos outros municípios aqui perto e o contrato é prefeitura com uma empresa e a empresa comigo e aí eu não tenho respaldo nem da empresa e nem da prefeitura, porque a empresa fala que é da prefeitura e a prefeitura fala que eu trabalho para a empresa. (...) você nunca pode fazer uma previsão de trabalho, ah, vou fazer uma coisa para daqui a 4 ou 5 anos já está mais organizado, não tem como (Médico 4).

Se a instabilidade é ponto negativo dos vínculos autônomos, os salários menores é que o são para os vínculos estáveis.

Geralmente, o valor do concurso é bem menor, enquanto que nesse tipo de contrato é melhor o valor, mas não tem estabilidade e não tem direitos, não tem férias, não recolhe nada (Médico 4).

Eu queria ser concursada em todos esses na verdade, mas concurso paga muito pouco, tanto é que não tem nem procura geralmente (Médico 8).

A grande dificuldade que a gente tem para contratar médicos, acho que é a dificuldade de todo gestor, é financeira. No segundo ano de mandato, nós abrimos concurso público para 40 especialidades médicas, a gente teve candidatos para seis só. Porque o salário é baixo, o salário da prefeitura, o médico contratado pela prefeitura para a carga horária de 20h, o salário gira em torno de R\$3.500, isso não é convidativo (Gestor 2)

Condições de trabalho

Infraestrutura precária e debilidade na disponibilidade de medicamentos e no acesso a exames foram fatores citados como deficientes na região pelos médicos entrevistados, mas não importantes o suficiente para fomentar o desligamento do profissional do seu local de trabalho.

Se eu estou contente aqui? Não. Eu estou descontente. Tem condição de trabalho? Não. Tem material de trabalho? Não. Tem medicação? Não. Não tem. Profissionais, recursos humanos. Não tem. Está tudo sucateado. Não tem gente nem para a limpeza aqui no Posto (Médico 1).

Para psiquiatra, eu preciso de papel, lápis e os impressos, que esses nunca faltam, mas o que pega mais é remédio. O que seriam da lista do SUS, faltam bastante (Médico 4).

Para fazer um ultrassom são dois anos. Eu já vi aqui um ano e meio para conseguir fazer um ultrassom. Então em assistência médica SUS é muito ruim (Médico 9).

Por falta de verba até os exames hormonais eu sei que o SUS não está fazendo aqui, então o paciente tem que pagar se pedir tireoide, exames hormonais não cobre, para gestante não, para gestante consegue fazer tudo, ultrassom também, se for urgência consegue com uma semana, mas geralmente, demora um mês para conseguir, agora ginecologia e outras coisas, demora mais de quatro meses (Médico 8).

A insatisfação dos profissionais médicos com o pouco acesso a exames é evidenciada também pela fala de um gestor de estabelecimento:

Um pouco mais de estrutura em termos de exames, exames de diagnóstico, de imagem, eles se queixam bastante disso (Gestor 6).

Fatores locais

A qualidade de vida proporcionada pelos municípios é decisiva para a atração e, sobretudo, para a fixação do profissional médico. Segurança e tempo de deslocamento foram alguns dos principais fatores citados pelos entrevistados.

É a cidade, a tranquilidade. Morei muitos anos em cidades grandes, metrópoles, hoje não consigo mais sair da minha casa e não saber quantos minutos eu vou gastar e eu gasto 3 minutos da minha casa. Posso vir a pé ou de carro. Questão de família. Família pode sair e conhecer o vizinho. Qualidade de vida (Médico 2).

Em se tratando de uma cidade, 30 mil habitantes, custo de vida baixo. De onde você morar pra você se deslocar até o posto de saúde, até o hospital, você vai gastar 5 minutos. Não mais do que isso. Segurança? Então toda essa tranquilidade. Acredito que seja o maior atrativo hoje (Gestor 1).

Segurança pesou, a parte de trânsito, a gente levava uma hora e meia para chegar em São Paulo, almoçar em casa lá nunca. Aqui você almoça em casa, se acontece alguma coisa é pertinho cinco minutos, foi um atrativo (Médico 8).

É muito bom, a qualidade de vida do médico do interior é muito melhor que a do médico de São Paulo (Médico 5).

Esta qualidade de vida é apontada também por um gestor de estabelecimento como o principal fator para a fixação do médico no município

Pessoas menos ambiciosas, mais acomodadas, que se contentam com menos, se contentam com qualidade de vida, porque, a qualidade de vida aqui, se você comparar com centros maiores, ela é diferenciada (Gestor 7).

Fatores pessoais

Em relação aos fatores pessoais, como dito anteriormente, predominaram os discursos referentes à proximidade com familiares ou de outros vínculos naturais à região.

Porque eu sou daqui, porque minha família é daqui (Médico 4).

Botucatu era próximo daqui e tinha muito caso daqui que ia para lá, então você tinha que ter um mercado aqui, e minha esposa é daqui também. (Médico 7)

Sempre tem muita opção, principalmente São Paulo, mas aqui pra mim é melhor, mais perto da minha família. (Médico 6)

O vínculo com o município é uma coisa que a gente tem que valorizar também. Vamos falar da anestesia, hoje, a última que chegou anestesista, ela nasceu

aqui em Avaré, (...) a outra anestesista o pai também é daqui, o marido também é médico e também é daqui. Tem dois que vieram de fora e se radicaram, mas vieram porque a esposa também é médica, o pai está aqui, então, o lado de vínculo com a cidade é um fator que atrai (Gestor 2)

Essa vinculação com a região é, inclusive, citada por um entrevistado como sendo o principal fator de atração de médicos para a região.

Vem daqui da região por que tem família, por que tem vínculo, não é por nada que é oferecido. Não é oferecido nada, ninguém virá por nada. (Médico 1)

4.1.4 Litoral Norte

O campo do Litoral Norte ocorreu entre os dias 05 e 09 de dezembro de 2017. Nessa região foram visitados 21 estabelecimentos de saúde, entre secretarias municipais, unidades básicas de saúde, centros de especialidades médicas, ambulatórios de especialidades médicas, centro médico de infectologia, hospitais (públicos, privados sem fins lucrativos e privados com fins lucrativos) e clínicas privadas.

Caraguatatuba possui a maior estrutura de saúde, incluindo um hospital de grande porte. De uma maneira geral os estabelecimento municipais de saúde são bem estruturados, sendo grande parte recém-reformada. Os médicos da atenção básica são contratados via OS e os especialistas são, em sua maioria, contratados como pessoa jurídica (PJ), com exceção no hospital da Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED), em que são cooperados.

São Sebastião possui uma estrutura de saúde um pouco mais precária, quando comparada a Ilhabela e Caraguatatuba. É um município com uma grande área de extensão litorânea, sendo que uma das dificuldades relatadas pelos gestores, quanto à fixação de médicos, é exatamente alocar esses profissionais nas praias mais afastadas do centro. Esta mesma dificuldade foi observada em Ubatuba, onde os médicos da atenção básica atuam em mais de uma unidade de saúde, principalmente nas regiões mais afastadas.

Resultado das Entrevistas

Nesta região foram realizadas 23 entrevistas, sendo 11 médicos (quatro da atenção primária e sete da atenção secundária/ terciária), oito gestores de estabelecimento e quatro gestores municipais. A maioria dos médicos era do sexo masculino e a maioria dos gestores do sexo feminino. Como existe facilidade de deslocamento entre municípios, por via rodoviária (com exceção de Ilhabela), o local de atuação não influencia o local de residência dos médicos. Estes atuam, portanto, em sua maioria, em mais de um município da região. Nenhum dos médicos entrevistados nasceu no Litoral Norte. A maior parte é natural de outras regiões do estado, principalmente da capital, seguido do Rio de Janeiro-RJ e de Juiz de Fora -MG. Todos os gestores, por sua vez, eram naturais do estado de São Paulo, sendo um do município de Caraguatatuba, sede da região de saúde.

Tabela 60 - Relação de entrevistas, segundo ator, estabelecimento e município – Litoral Norte, dezembro de 2016.

Atores	Estabelecimentos	Municípios da região de saúde do Litoral Norte				Total
		Caraguatatuba	Ubatuba	São Sebastião	Ilhabela	
Gestores	Secretaria municipal saúde	1	1	1	1	4
	Ambulatório Médico de Especialidades (AME) – Público	1	-	-	-	1
	Centro de Especialidades Médicas (CEM) – Público	1	-	-	-	1
	Centro de Infectologia – Público	-	-	1	-	1
	Hospital – Filantrópico	-	1	1	1	3
	Hospital – Privado	1	-	-	-	1
	Clínica privada	1	-	-	-	1
Médicos	Unidade Básica de Saúde (UBS)	1	1	1	1	4
	Ambulatório Médico de Especialidades (AME) – Público	1	-	1	-	2
	Centro de Especialidades Médicas (CEM) – Público	1	-	-	-	1
	Hospital - Público	-	-	-	1	1
	Clínica privada	1	1	-	1	3
Total		9	4	5	5	23

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Quadro 15 - Identificação dos gestores entrevistados por local de entrevista – Litoral Norte, dezembro de 2016

Locais de entrevista	Número de identificação do entrevistado
Secretaria municipal saúde	7, 8, 9, 10
Ambulatório Médico de Especialidades (AME) – Público	1
Centro de Especialidades Médicas (CEM) – Público	2
Centro de Infectologia – Público	5
Hospital – Filantrópico	3, 4, 12
Hospital – Privado	11

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Quadro 16 - Perfil dos médicos entrevistados no Litoral Norte, dezembro de 2016.

	Atenção Primária				Atenção Secundária/Terciária Público				Atenção Secundária/Terciária Privado		
Identificação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino
Faixa etária	51 a 60anos	31 a 40 anos	41 a 50 anos	41 a 50 anos	51 a 60 anos	41 a 50 anos	31 a 40 anos	Não informado	Não informado	51 a 60 anos	51 a 60 anos
Estado Civil	Casada	Solteira	Casada	Casada	Casado	Casado	Solteiro	Casado	Casado	Casada	Casado
Possui Filhos	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Mun. de Residência	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Outro município da região	Mesmo município da entrevista	Outro município da região	Mesmo município da entrevista e em outro município da mesma região	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista e em outro município da mesma região
Local de formação	Município do estado de SP	Município de outro estado	Município de outro estado	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município de outro estado	Município do estado de SP	Município de outro estado	Município de outro estado	Município de outro estado	Município do estado de SP
Especialidade	Saúde da fam., geriatria, med. do trabalho, do trânsito e homeopatia	Medicina de família e comunidade	Medicina de família e comunidade	Saúde pública	Cirurgia vascular	Urologia	Ortopedista	Anestesiologista	Neurologista	Ortopedista	Ortopedista
Tipo de vínculo	---	CLT	Estatutária	Contrato temporário	Autônomo PJ	Estatutário	Autônomo PJ	Autônomo PJ	Proprietário	Autônoma PF?	Proprietário
Tempo de trabalho na região	De 6 a 15 anos	De 1 a 5 anos	de 6 a 15 anos	Mais de 15 anos	6 a 15 anos	Mais de 15 anos	até 5 anos	Mais de 15 anos	6 a 15 anos	Mais de 15 anos	mais de 15 anos
Trab. em outro local no mesmo município	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Trab. em outro município	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Análise das entrevistas por categoria

Remuneração

No litoral norte o salário foi considerado item primordial para atração de um profissional. No entanto, a remuneração na região é considerada baixa para os médicos da UBS, sobretudo o elevado custo de vida do local. A exceção neste caso é Ilhabela, onde o entrevistado afirma receber R\$ 13.700,00 e compara o valor com a cidade do Rio de Janeiro:

O salário não é tão ruim. No Rio de Janeiro, pra ganhar o que ganho aqui, você tem que trabalhar em uma área mais afastada. Aqui não, aqui todos os médicos da família ganham o mesmo valor e o gasto ainda é um pouco menor que lá. (Médico 2)

No entanto os médicos afirmam que apenas o salário não é suficiente para os médicos se fixarem na região:

Em relação a valor, quando saí da residência eu tive oportunidade de ter muito mais dinheiro trabalhando em outros lugares, como Palmas, Rondônia, mas eu não quis. (Médico 8)

Isto se dá, portanto, como peculiaridade do Litoral Norte, pelas características locais anteriormente citadas. Além desse atributo, para a atração e de fixação de médicos na região os entrevistados sugerem a flexibilização de carga horária, auxílio transporte e até moradia, para as áreas mais afastadas dos municípios:

Facilitar a estadia dos profissionais. Moradia, transporte, né? [...] Talvez, se eles não mexessem no salário, mas se liberasse das 40 horas, um dia por semana, pra fazer um plantão fora, entendeu? (Médico 4)

Esta mesma entrevistada relata que há comunidades que pertencem ao município, mas que estão localizadas distantes do centro, o que dificulta o acesso do médico ao local. Estes benefícios extra monetários são pagos apenas para profissionais com salários mais baixos, segundo o Médico 11:

Pra receber vale transporte, vale alimentação, você tem que ter o piso salarial mais baixo da prefeitura. O do médico é um dos mais altos, pelo menos da saúde, né? Então financeiramente, infelizmente, não vale a pena não.

Outro médico relata que há tempos não há aumento salarial, mas, em contrapartida, houve redução do volume cirúrgico atendido, com previsão de retorno após construção de um hospital de grande porte na região:

Tenho feito menos cirurgias que fazia há algum tempo, então a remuneração ficou estagnada por conta disso. Agora, com a reestruturação do Hospital Regional, deve mudar de figura isso aí. (Médico 9)

Já na atenção especializada o salário é considerado baixo para os médicos estatutários. Segundo o médico 11, para trabalhar 20 horas, em São Sebastião, remunera-se em torno de R\$ 3.700,00. Em Ubatuba, que concedeu aumento salarial no último ano, o valor estabelecido é de R\$ 5.600,00. A sede da região de saúde oferece o menor salário. Como contrapartida, há bonificação por produtividade, o que é criticado:

Caraguatatuba, por exemplo, eu não sei qual o salário de lá, mas ouvi dizer que o salário é 2.000 e pouco, 2.600. O que eles fazem? Se for pagar isso ninguém vai trabalhar mesmo. Aí o médico assume o serviço dele e eles dão a tal da produtividade, que é uma forma de enganar, né? Enganar todo mundo, aí o salário fica 5, 6 mil reais, mas se você ficar doente, se você morrer, se aposentar, vai receber 2.600. Seu salário é 2.600. Então essa artimanha o governo municipal, estadual, todo mundo usa, né? (Médico 11)

Os médicos contratados via pessoa jurídica afirmam que o valor recebido é aceitável, mas que em grandes centros, como a capital, consegue-se receber mais, trabalhando menor carga horária:

Olha, pela estrutura que tem e pelo que a gente faz, tá dentro do mercado. (Médico 9)

Se você vem pra trabalhar no SUS, você vem sabendo que você não vai ser rico, você vai ter uma vida 'ok'. Meus amigos médicos de São Paulo [capital] estão recebendo de duas a três vezes mais do que eu e trabalham menos do que eu. (Médico 7)

A remuneração para o profissional que possui este tipo de contrato, para ser plantonista de hospital, é, em média, de 100 reais por hora.

Vínculo de Trabalho

Foram relatadas, pelos profissionais da APS do Litoral Norte, diferentes arranjos de vínculo de trabalho. O município de Ilhabela contrata estes profissionais via CLT, através da Santa Casa. Já Ubatuba passou por processo semelhante de contratação, além de diversas OS, tendo realizado concurso público no último ano. No entanto, os profissionais aprovados ainda não foram nomeados, sendo o contrato temporário o vínculo atual dos médicos que atuam em UBS. Segundo os entrevistados destes locais o modelo de vínculo estável, seja ele celetista ou estatutário, favorece a fixação de profissionais:

[A rotatividade é alta?] Estou aqui há pouco tempo, mas parece que não. Quando uma pessoa resolve se mudar pra Ilhabela é pra ficar. Aqui não tem como trocar de equipe. Lá no Rio de Janeiro são várias OS, então essa migração tinha muito a ver com isso. Você estava estafado de uma ia pra outra. Acho que isso favorece muito lá. Agora aqui, como é só a Santa Casa, você se adapta àquela equipe ou tem que trabalhar de outra forma. Aqui eu me sinto mais membro do SUS, no ponto de vista de gestão. (Médico 2)

Os concursados eu acho que não saem mais, né? Acho que quem presta concurso fica mais. E assim, cada vez que tem essa quebra de contrato, alguém se perde também né? Com certeza. Teve gente que foi embora quando acabou o contrato com a Santa Casa, teve gente que foi embora quando quebrou o contrato da saúde. Mas entendo que não é uma coisa fácil ficar fazendo concurso pra contratar, ainda mais que tem tanto giro de médicos... (Médico 4)

Embora existam outras formas de contratualização, a predominante entre os especialistas, no Litoral Norte, é como autônomo via pessoa jurídica (PJ). No entanto, para muitos, essa não é a melhor forma de vínculo:

Às vezes fico em dúvida sobre isso porque há vários benefícios que a CLT tem e nós não. Tipo férias e 13º. Em compensação eles pagam um pouco a mais do que se fosse pela CLT. [...] Mas não tem estabilidade. (Médico 5)

Eu, trabalhando como trabalho, não tenho nenhuma garantia... é por minha conta e acaba sendo um mau negócio. Você é obrigado a ser PJ, não tem escolha. Pro seu trabalho ser contratado tem que ser PJ. Antigamente havia CLT, mas hoje em dia não tem mais. (Médico 8)

Um fato pra pesquisa de vocês, pessoa jurídica tem que acabar. [...] Sabe como começou essa história do PJ? Você lembra do Paulo Maluf, do PAS? Começou ali, eu peguei esse PAS, o PAS foi uma ideia muito boa do Maluf, ele começou a

tirar o médico como CLT, estatutário e pagar ele como pessoa jurídica para trabalhar no PAS, só que o salário era muito bom. Aquela época foi uma época muito boa, todo mundo queria ser pessoa jurídica. Eu sempre desconfiei disso. A medida que o tempo foi passando o salário foi abaixando, as oportunidades de você virar CLT ou estatutário também foi diminuindo e você foi sucateando o serviço médico. (Médico 11)

Assim como a PJ, as Organizações Sociais também estão presentes no Litoral Norte como forma de contratação de médicos.

Eles estão contratando via O.S. então o estado tem um contrato com a O.S.. Então assim, na hora que você começa a fazer PJ, O.S, você não segura médico aqui. A estabilidade é muito importante para você criar vínculos com os pacientes. Eu quero trabalhar num hospital onde eu queira criar meus filhos na cidade e tratar dos meus filhos aqui no hospital. [...] Mas vejo que não é possível. Se você trata um hospital como um negócio, não tem possibilidade de melhorar. Na verdade a O.S. não tem intenção de melhorar a saúde, ela tem o interesse de pegar o dinheiro do governo, espremer o máximo que possível dos médicos e tirar o lucro dela. Então você vai ter dois finais: não capacitá-los e não fixá-los. (Médico 7)

Quando questionados sobre a melhor forma de vínculo, os entrevistados tiveram opiniões divergentes, mas todos concordaram que a estabilidade é fator importante para o profissional:

CLT. Porque a CLT te defende, mas você pode ser mandado embora. A pessoa pode fazer o que for que não pode ser mandada embora. (Médico 8)

CLT. Na verdade, sou mais estatutário, mas todo profissional tem que ter plano de carreira, tem que ser registrado, tem que receber seu fundo de garantia, tem que ter suas férias, 13º. Tem que ter direito a ficar doente. Médico morre de vez em quando, acredita? Ele tira férias, às vezes pega uma gripe, não pode trabalhar, tem que ter auxílio doença. Tem que ser ou CLT ou estatutário, independente, mas tem que seguir as leis trabalhistas, isso que tem que ser. Médico não é lixo. (Médico 11)

Outro especialista concorda com a ideia de se estabelecer plano de carreira para os médicos:

Se você estabelecesse um plano de carreira que é uma coisa que a gente briga há séculos pra um médico... Então, se você é um médico recém-formado e não fez residência, vai para um postinho de saúde, tem que ter uma avaliação, quebrar um pouco esse paradigma de que o funcionário público é folgado, que o funcionário público é um cara estagnado. Não, o funcionário público está servindo a todos, é empregado do governo. Então, se ele for viver no postinho

de saúde, em questão de dois a três anos, ele vai para um hospital secundário, mas se ele está num hospital secundário, ele está sendo bem visto, aí ele vai para o terciário e o salário tem que acompanhar de forma crescente. (Médico 7)

Este médico de Ubatuba acrescenta sobre a importância do vínculo estável para os profissionais:

Se um dia quiser organizar, faça concurso. Médico tudo concursado, cara. Faz concurso pra 24 horas, 20 horas, que seja, você qualifica todo mundo. Todo mundo que está dentro do quadro tem qualificação e acabou. Você começa a ficar um pouco mais velho, vejo minha esposa, se eu morrer... Se eu estiver no serviço público ela vai ter o que? Pensão. Daqui a pouco vou aposentar, posso me aposentar por uma prefeitura. Só isso. [...] O emprego público fixa um pouquinho a pessoa. O valor que eles pagam hoje não fixa ninguém. Ninguém quer receber o que pagam, a pessoa não consegue se fixar. Mas quem já está estabelecido, acho que se acrescentar é bom. (Médico 11)

A influência política também foi citada por este entrevistado como ponto negativo da região, sendo um empecilho para a estabilidade dos médicos: *"Muda a gestão, muda tudo, vai aquele conflito de interesse, isso atrapalha a saúde. A saúde não tem que se meter com política, isso é péssimo no litoral, isso que pega no serviço público"*. Até mesmo em unidades básicas de saúde a influência política é criticada: *"[...] Quando você está com tudo estruturado vem uma nova gestão e muda tudo"*. (Médico 1). Outro médico especialista corrobora as falas acima:

Essas estruturas de saúde em lugares menores, elas funcionam como cargo político. Então eu fico quatro anos, dou tudo de mim, faço os meus pacientes, crio o meu vínculo, compro uma casa, entro num financiamento e daí quatro anos eu tenho que sair daqui. Se mudar o prefeito eu tenho que ser retirado aqui do hospital, se eu brigar com o prefeito eu tenho que sair daqui. Essa instabilidade que não pode. (Médico 7)

Condições de trabalho

A condição de trabalho para a maioria dos médicos atuantes em UBS é considerada regular. As críticas negativas se dão, principalmente, pela falta de especialistas na rede pública, corroborada também pelos próprios médicos da atenção secundária, como o entrevistado 10: *"A população tem muita dificuldade de acesso a especialidades"*.

O que sofre o povo daqui é justamente a falta de especialidades aqui. Por exemplo, eu estava com uma paciente que tem um tumor de faringe. Não tem cirurgião de cabeça e pescoço, eu fiquei um tempo pra conseguir esse cirurgião, foram meses. Meses em que a lesão foi aumentando. Isso porque a gente corre atrás. É o sistema de saúde. Então 'Caraguá' peca por isso, porque se você tem a urgência de um especialista do SUS você demora pra conseguir. Pra quem paga particular tem especialista. (Médico 1)

[...] podia ter mais vaga e esperar menos, né? Porque a pessoa fica oito meses, um ano esperando pra fazer ultrassom, mamografia demora 'pra caramba'. Aí às vezes aparecem uns bolsões, ou a Secretaria de Saúde faz um mutirão, não sei se é com verba do Estado, com verba de quem é, mas sei que de vez em quando, uma vez por ano, a cada dois anos, quando a fila começa a ficar muito grande, aparece um desses eventos assim que acabam. (Médico 4)

Um dos médicos explica porque a fixação de médicos pode reduzir os encaminhamentos para a atenção especializada: "[...] antigamente não tinha a rotatividade que tem agora e isso ajudava mais nos encaminhamentos. Você conhece mais seu paciente, você tendo mais preceitoria, mais informações fica mais fácil pra encaminhar pro especialista" (Médico 1).

Neste quesito parece existir disparidade entre o contexto de Ilhabela e dos demais municípios do Litoral Norte:

A questão da atenção secundária daqui é muito boa. Isso faz muita diferença. Aqui eu inclusive precisei evoluir meu conhecimento porque tinham muitas coisas que não cheguei a fazer porque os exames não ficavam prontos. Aqui você pede exame e o paciente volta com o exame feito. Eu encaminho um paciente pra um cateterismo e ele faz em dois meses então a questão da atenção secundária ser boa alivia a gente. Da pra ver produtividade no que se faz e conclui as coisas. Tudo é mais fácil. Aqui eu encaminho pessoas pra hidroginástica e todos fazem pela Prefeitura. É outra realidade. (Médico 2)

Outro ponto criticado é a alta demanda para os Agentes Comunitários de Saúde: "É um agente comunitário superlotado, oito agentes comunitários superlotados e aí fica um médico superlotado também. Mas isso é coisa que dá pra arrumar" (Médico 4). Outro médico entrevistado em UBS faz a mesma queixa: "Uma outra coisa que acontece é a falta de ACS [Agentes Comunitários de Saúde]. 'Tão' faltando dois ACS pra mim e a Dra. Marcela, aí 'tá bravo'. Ela tinha cinco e agora tem quatro pra uma área com 3.000 famílias. Aí no ano que vem tem as férias dela aí complica" (Médico 1).

O acesso à medicamentos e à realização de exames é considerado bom pela maioria dos entrevistados em UBS. No entanto, alguns exames ainda têm solicitação restrita pela aten-

ção especializada - como a tomografia computadorizada - dificultando o diagnóstico e tratamento precoce de algumas patologias. O médico entrevistado em Caraguatatuba afirma que a tecnologia possibilitou melhor acompanhamento dos pacientes, facilitando o trabalho: *"Resultados de exames eu baixei o aplicativo e olho por minha conta, porque se eu for esperar eles mandarem demora muito. [...] Pode até não ser uma realidade em outros postos porque eu tive a curiosidade de baixar o aplicativo. Eu consigo pegar exame até do ano passado"* (Médico 1).

Já na atenção especializada há queixa por parte dos médicos quanto à falta de uma rede de atenção, principalmente de urgência e emergência:

Acho que precisamos de um suporte pra atendimento de emergência, muita coisa precisa ser melhorada. A população tem muita dificuldade de acesso a especialidades (Médico 10).

[...] no município falta pronto socorro. É uma UPA [Unidade de Pronto Atendimento] que não está junto ao hospital. O hospital é administrado pelas irmãs e a UPA é do governo, funciona como pronto socorro e é separado. Se precisa de emergência tem que levar pro hospital. Falta integração entre hospital e AME. Há alguns convênios que se precisa de cirurgia de emergência encaminha o paciente pros hospitais em outros municípios. O espaço entre a UPA e o hospital deveria ser um só. (Médico 5)

Com relação aos exames solicitados os médicos declaram dificuldades de agendamento apenas para a realização de ressonância magnética, que não é feita na região. Os demais são solicitados e atendidos no Litoral Norte.

O encaminhamento desnecessário também é uma queixa frequente de atendimento dos médicos da atenção secundária e/ou terciária: *"O paciente chega aqui da mesma forma como ele chegou num clínico. Então ele vem aqui na primeira consulta sem exame nenhum, sem nenhum diagnostico. Acho que a área básica pode dar uma reforçada, uma complementada, uma adiantada naquele paciente"* (Médico 6). Para um dos especialistas (Médico 5) este fato se deve à falta de vontade e à capacitação deficitária dos médicos da UBS.

Há um déficit percebido também nas estruturas físicas, como falta de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em determinados municípios, e materiais precários.

Aqui eu trabalho a maior parte no SUS, 90% é no SUS. Você trabalha com material de baixa qualidade, fraturas graves sendo resolvidas da maneira que dá. Então o resultado cirúrgico não é o que eu gostaria. A titulação de convênio aqui é mínima e os que têm convênios não aceitam ser operado aqui. [...] eles pedem transferência para os hospitais em São José dos Campos. E as condições

do SUS são precárias, muitas vezes não tem leito na UTI, não tem o material adequado, só que isso é uma escolha de vida. (Médico 7)

O mesmo entrevistado relata um caso clínico que deveria ser operado com urgência e, muitas vezes, isso não ocorre, gerando desfechos desfavoráveis, podendo inclusive levar ao óbito:

[...] paciente idoso, com fratura, o ideal seria você resolver entre 24 a 48 horas depois do trauma, em condições boas, só que aqui no SUS não, ele fica 15 dias internado longe dos seus familiares olhando pro teto, aí ele começa a afundar. E descompensa, e muitas vezes vão ao óbito, e isso não acontece no sistema particular. Esse tipo de frustração que você tem com seu paciente, você tem que saber que você vai passar, a partir do momento que você vai largar as grandes clínicas, trabalhar em convênios a trabalhar no SUS. (Médico 7)

Uma das soluções encontradas por um entrevistado de Caraguatatuba (Médico 9) foi a utilização de materiais próprios: *"Uso muito material meu particular. [...] Sempre sobra alguma coisa de uma cirurgia aí guardamos. A estrutura está bem defasada"*. Outro médico completa: *"Sempre tentar oferecer o melhor que você pode com os recursos que te dão"*. (Médico 7)

Fatores profissionais

Os únicos fatores profissionais citados pelos médicos partiram daqueles que atuam em UBS. Eles ressaltaram a importância de se manterem atualizados com cursos de capacitação, mas concordam que estes ainda são insuficientes: *"Porque eles cobram que a gente atenda tudo, mas ninguém sabe tudo de tudo, entendeu? Tem muita coisa que a gente encaminha e as vezes a gente poderia resolver se tivesse... Eles fazem, mas é muito pontual"* (Médico 4).

Em Caraguatatuba um médico elogiou o incentivo à capacitação que a antiga prefeitura ofertava:

[...] essa especialização da Unifesp foi a prefeitura que nos deu. Nós fizemos dois anos de especialização com os professores que vieram para cá na época. A gestão da PSF era feita por um órgão da Unifesp então foi muito bom. E ao longo desses sete anos a gente ganhou muito. Porque tínhamos educação continuada, colegas que vinham e davam preceptoria pra gente, então eu cresci muito com isso. (Médico 1)

Além disso, havia uma liberação anual dos médicos para participação em congressos e auxílio com parte do financiamento: *"A Prefeitura ajudava. Esse ano eu tive que pagar do meu*

bolso e compensar o período que fiquei lá. Eu fiquei devendo 160 horas e pra pagar levei muito tempo. Tudo que aprendi eu uso aqui". (Médico 1)

Fatores locais

O Litoral Norte como um todo oferece opções de lazer ao ar livre, com inúmeras praias. No entanto um médico entrevistado em Ilhabela afirma que “[...] *tem que ter perfil e gostar. Porque, por exemplo, no inverno você enlouquece. É muito frio e não tem nada pra fazer*” (Médico 2).

Opção de lazer, na verdade, se for uma pessoa com perfil que goste da natureza, porque se você for depender de estrutura, aqui em Ubatuba não tem. E até, acho que das cidades do Litoral Norte, aqui é a que é mais precária mesmo nesse lado, entendeu? Pra criança, também não tem muito atrativo, a não ser a coisa da praia. Acho que em Ubatuba... a gente costuma falar, os médicos que ficam aqui gostam da praia, porque quem vem pra cá esperando que vai ter uma coisa a mais, não tem. E acaba selecionando esse tipo de pessoa né? (Médico 4)

Quem vem morar aqui gosta disso. Gosta de fazer esporte, gosta de ir pra praia. Surfar, quase todo mundo ‘pega onda’ aqui. [...] Quem vem pra cá gosta de surfar. Mas quem vem pra cá não gosta de vida noturna. Aqui é tudo meio pacato, mais tranquilo. (Médico 11)

O entrevistado em São Sebastião (Médico 8) afirma que neste município “[...] *o lazer é ótimo, tem o que você imaginar. A prefeitura tem programas pra aulas de surf, música, dança, futebol, tudo de graça*”.

Caraguatatuba, sede da região, possui melhor estrutura e conta com outros atrativos como cinema, teatro, shopping, diversos festivais durante todo o ano e ainda possui melhor estrutura de saúde. A disponibilidade de recursos para o trabalho dos médicos também é melhor na sede. Mesmo com esta estrutura, os médicos optam por residir em municípios vizinhos:

Ubatuba eu acho um município melhor pra morar porque é menor, tem menos violência e as praias são mais bonitas. Agora Caraguatatuba tem mais recurso. O AME foi construído aqui, o hospital regional é aqui. Tem mais coisas de saúde aqui. O hospital daqui é melhor que de lá, tem mais recurso que lá pra trabalhar. (Médico 5)

Aqui no litoral o centro econômico é Caraguatatuba. Então lá você tem mais oportunidade de emprego, tem mais qualidade na prestação de serviço médico, tem um hospital um pouquinho melhor, entendeu? É um pouquinho mais desenvolvido. As outras cidades são muito carentes. Então hoje em dia, para se trabalhar como médico, Caraguatatuba é o melhor lugar. (Médico 11)

O especialista entrevistado em São Sebastião (Médico 6) afirma que em seu município “[...] a saúde privada é pequena. Tem uma rede de consultórios, mas sem hospital”. Em Ubatuba o médico 11 classifica a saúde pública como “péssima”.

A facilidade de deslocamento, devido à distância intermunicipal e o trânsito considerado bom, foram citados como fatores positivos desta região, favorecendo a circulação dos médicos por mais de um município, o que agrada principalmente aos especialistas. Este fator interfere positivamente no tempo de deslocamento da residência para o trabalho, permitindo o que muitos profissionais consideraram um diferencial: o ato de almoçar em suas residências. O único empecilho, neste ponto, é para o município de Ilhabela, onde os profissionais necessitam fazer a travessia de balsa, a partir de São Sebastião. Neste caso o tempo de deslocamento pode ser influenciado tanto por fenômenos naturais quanto pelo fluxo de veículos no horário: “A balsa tem vezes que para, então você fica literalmente ilhado” (Médico 7).

O quesito educacional também é considerado importante para a fixação de médicos. Todos os municípios, atualmente, oferecem escolas de ensino fundamental e médio e Caraguatatuba ainda possui cursos de graduação, ofertados por instituição privada. Embora o ensino ainda esteja aquém de municípios maiores, como Taubaté, São José dos Campos e São Paulo, é considerado satisfatório pela maioria dos médicos entrevistados.

Eu acho meio difícil fixar por causa disso, porque não tem muita estrutura. Agora, acho que há uns 5, 6 anos abriram duas [escolas particulares], mas até então não tinha nenhuma. Aí as escolas começaram a adquirir materiais, essas coisas de outro lugar, mas até então era tudo muito isolado. Não tinha recurso pra nada, então as crianças cresciam e tinha que sair, daí os pais saíam também. (Médico 4)

Meus filhos estão em boas escolas. Não tão boas quanto da capital, mas não vamos nos mudar por isso. (Médico 5)

Poderia ser melhor. Acho difícil sair daqui e concorrer com uma escola de São Paulo. Isso é ruim. (Médico 6)

Porque pra educação aí sim deixa a desejar. (Médico 8)

Os fatores citados como dificultadores para a fixação de médicos na região foram: custo de vida elevado, saturação de mercado de trabalho – em algumas especialidades específicas – e restrição do mercado privado e de convênios de saúde fora da sede:

O custo de vida é muito caro, então acho que muita gente vai embora por causa disso. Quem fica é porque o ritmo de vida é mais tranquilo. E outra coisa, no litoral tem muito médico e há muita disputa. [...] O pessoal vem pra cá e quando chegam vêem que as coisas não são bem como eles pensam. (Médico 10)

O custo é muito alto. Aqui não tem como você ter consultório, trabalhar só no sistema particular. Se você for depender de 'Unimed', 'Bradesco', você vai ter que tirar dinheiro do plantão pra colocar no consultório. (Médico 7)

Fatores pessoais

O principal fator pessoal identificado nas entrevistas do Litoral Norte foi o vínculo emocional com algum parente ou amigo que já residia na região. São estes, geralmente, que fazem a intermediação do profissional com o município para que o médico consiga seu primeiro emprego ali.

Eu estava com filho pequeno e queria sair do Rio porque lá trabalhava em vários hospitais e estava sem tempo. Aí conheci uma amiga que morava aqui e a gente sempre vinha visitar, aí o filho mais velho do meu marido veio pra cá e começou a trabalhar. Ele me ligou dizendo que aqui precisava de médico, o Secretário de Saúde me ligou dizendo que aqui estava sem oftalmologista há mais de três anos e tinha uma demanda grande, aí eu vim eles me fizeram a proposta e eu comecei a trabalhar como contratada. (Médico 10)

No final de 2014 eu recebi a proposta para aqui, estavam querendo médico para o litoral e acabei vindo pra cá. [...] um anestesista que trabalha aqui, assim que ele saiu da residência, já puxaram ele para esse hospital, eu encontrei com ele no meio de Chicago, tomando cerveja, e ele me falou; "Cara, a gente tá precisando de ortopedista lá, vamos pra Ilhabela!" aí eu vim pra cá [...]. (Médico 7)

Eu cresci aqui, meus pais sempre tiveram casa aqui, sempre frequentei aqui. Meu objetivo de vida era vir morar aqui um dia, entendeu? [...] Aqui é meu e do meu sócio, ele também é ortopedista. Na verdade, ele veio pro litoral por meu intermédio, a gente era amigo, ele viu que estava aqui e: "Você está conseguindo sobreviver, também vou." A gente se juntou e começou a trabalhar

nessa clínica. Então arrumei emprego pra ele em Caraguá e a gente estava trabalhando junto. (Médico 11)

A possibilidade de criar os filhos em um município considerado “tranquilo” ou com qualidade de vida melhor é um atrativo para os médicos do litoral: *“Eu acho que a tranquilidade do lugar, criar os filhos com mais tranquilidade. Morávamos em apartamento aí viemos pra beira da praia e isso relaxa bastante, é uma vida mais simples”.* (Médico 10). *“Eu optei por qualidade de vida, quero viver, quero olhar o mar na hora do almoço, criar filhos e essas coisas [...]”* (Médico 7)

Outro fator pessoal que originou a atração do médico 7 para o Litoral Norte foi a desmotivação com a chefia de seu antigo emprego, em uma clínica privada localizada no estado do Paraná:

Um médico ortopedista ruim, extremamente capitalista. Tecnicamente ele operava mal, ele não sabia operar, não sabia de ortopedia, a única coisa que ele sabia fazer era negócio. [...] Então assim, na hora que você junta um grupo de ortopedistas e entra numa clínica especializada, em geral, o ‘cabeça’ não é um bom ortopedista, mas ele é um grande negociante. Então ele consegue fechar com a ‘Unimed’, ele consegue ter uma ressonância dentro da clínica, ele consegue coibir outros ortopedistas que não são da clínica de entrar na cidade. Então é um tipo de medicina que eu não acredito muito. (Médico 7)

Situação peculiar foi relatada pelo médico 9, que atendia em um município de outra macrorregião e percebeu que estava recebendo encaminhamentos frequentes da prefeitura de Caraguatatuba. Sendo assim, convidou outro amigo de residência para abrir um serviço de neurologia e neurocirurgia neste município, mas criando primeiramente uma parceria com a própria prefeitura, para que se estabilizassem na região.

4.1.5 Região Metropolitana de Campinas

O campo na Região Metropolitana de Campinas foi realizado no período de 20 a 23 de fevereiro de 2017 e contemplou os municípios de Campinas, Indaiatuba, Santa Bárbara d’Oeste e Engenheiro Coelho. Nessa região foram visitados 22 estabelecimentos de saúde, entre secretarias municipais, unidades básicas de saúde, centros de especialidades médicas, hospitais (públicos, privados sem fins lucrativos e privados com fins lucrativos) e clínicas privadas.

O município sede da região de saúde - Campinas, apresenta uma ampla rede serviços de saúde, com estabelecimentos de saúde de baixa, média e alta complexidade. Destacam-se hospitais de referência como o Hospital das Clínicas da UNICAMP, Hospital Municipal Dr. Mário Gatti e Boldrini – referência em tratamento de oncologia e hematologia pediátrica. O município também é referência na oferta de ensino médico de graduação e residências médicas, com universidades estaduais e faculdades privadas.

Indaiatuba é considerada uma cidade polo industrial, localizada a 29 Km de Campinas. Possui serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade. Referência no município, os Ambulatórios de Especialidades/Hospital Dia Dr. Renato Riggio, o Hospital Augusto Oliveira Camargo – com especialidade clínicas, cirúrgicas e diagnóstica terapêutica, também possui programa de residência médica.

O município de Santa Bárbara d’ Oeste, possui serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade. Destaca-se estabelecimentos de saúde como o AME e o Hospital Santa Bárbara, com especialidades clínicas, cirúrgicas e diagnósticas terapêuticas.

Engenheiro Coelho, é um município de pequeno porte, localizado a 63 Km do município sede. Cidade rural com serviços de saúde de baixa complexidade. Os principais estabelecimentos de saúde, são de natureza jurídica pública, tendo um Pronto Socorro, um Centro de Especialidade e Unidades Básicas de Saúde. A maioria dos encaminhamentos de média e alta complexidade são destinados ao município de Limeira/SP e Campinas/SP.

Resultado das entrevistas

Foi realizado um total de 31 entrevistas na região metropolitana de Campinas, sendo 19 profissionais médicos e 12 em cargos de gestão. Entre os gestores, três eram de secretarias municipais de saúde, um de hospital público, três de hospitais privados, quatro de Unidades Básicas de Saúde, e um da coordenação da Atenção Básica Municipal.

Com relação aos 19 médicos, foram entrevistados seis em unidades de APS, sete em unidades de média e alta complexidade do serviço público e três em estabelecimentos de média e alta complexidade privados, três em clínicas especializadas privadas.

Tabela 61 – Relação de entrevistas, segundo ator entrevistado, estabelecimento e município – RM Campinas. Fevereiro, 2017.

Atores	Estabelecimentos	Campinas	Engenheiro Coelho	Indaiatuba	Santa Bárbara d'Oeste	Total
Gestores	Secretaria municipal saúde	1		1	1	3
	Hospital - Público	1				1
	Hospital - Privado	2		1		3
	Unidade Básica de Saúde (UBS)	2		1	1	4
	Coordenadora APS		1			1
Médicos	Unidade Básica de Saúde (UBS)	1	2	1	2	6
	Clínica de especialidades - Pública		1	1	1	3
	Pronto Socorro - Público		1		1	2
	Hospital - Público	1		1		2
	Hospital - Privado	2				2
	Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado) - Privada	1				1
	Clínica Especializada - Privada	2		1		3
	Total	13	5	7	6	31

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Dos 19 médicos entrevistados a maioria era do sexo masculino, com idade entre 28 anos a 70 anos ou mais. Onze médicos eram naturais do estado de São Paulo, sendo que um era natural do mesmo município do local da entrevista. Dez residiam no mesmo município onde foram entrevistados.

Com relação ao trabalho na região, a maioria está atuando há mais de dez anos na região de Campinas. Os médicos com menos tempo de atuação (entre 6 meses até 5 anos) são aqueles entre 28 e 40 anos, e que se graduaram recentemente.

A maioria dos médicos atua em outros locais de trabalho no mesmo município e em outros municípios da região. Apenas três médicos afirmaram não possuir outros vínculos de trabalho, sendo que dois eram proprietários de clínicas.

Quadro 17 - Perfil dos médicos entrevistados RM Campinas, fevereiro de 2017.

	Atenção Primária em Saúde						Atenção Secundária/Terciária - Público					
Identificação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Município da entrevista	Campinas	Engenheiro Coelho	Engenheiro Coelho	Indaiatuba	Santa Bárbara d'Oeste	Santa Bárbara d'Oeste	Campinas	Engenheiro Coelho	Engenheiro Coelho	Indaiatuba	Indaiatuba	Santa Bárbara d'Oeste
Naturalidade	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município de outro estado	Município de outro estado	Município de outro estado	Município de outro estado	Município do estado de SP	Município de outro estado	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município do estado de SP
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Faixa etária	20 a 30 anos	31 a 40 anos	51 a 60 anos	51 a 60 anos	51 a 60 anos	Não informado	51 a 60 anos	20 a 30 anos	51 a 60 anos	51 a 60 anos	51 a 60 anos	51 a 60 anos
Estado Civil	Solteira	Casada	Casado	Não informado	Casado	Casado	Não informado	Solteiro	Casado	Casado	Não informado	Não informado
Possui Filhos	Não	Sim	Sim	Não informado	Sim	Não informado	Não informado	Não	Sim	Sim	Não informado	Não informado
Mun. de Residência	Mesmo município da entrevista	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Mesmo município da entrevista	Não informado	Não informado	Mesmo município da entrevista	Município do estado de SP	Mesmo município da entrevista	Município do estado de SP	Mesmo município da entrevista	Município do estado de SP
Local de formação	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município de outro estado	Município de outro estado	Município de outro estado	Município de outro estado	Mesmo município da entrevista	Município de outro estado	Município do estado de SP	Município de outro estado	Município do estado de SP	Município de outro estado
Especialidade	Pediatria(realizando)	Ginecologista Obstetra	Pediatria	Pediatria	Ginecologista Obstetra	Pediatria	Cardiologista	Clínico Geral	Dermatologista	Ortopedia e Traumatologia	Otorrinolaringologia	Cirurgia Vascular
Tipo de vínculo	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Não informado	CLT	Autônomo - PJ	Estatutário	Estatutário	Estatutário	CLT
Tempo de trabalho na região	até 6 meses	mais de 1 ano	mais de 20 anos	mais de 15 anos	mais de 15 anos	até 5 anos	mais de 20 anos	até 6 meses	mais de 20 anos	mais de 20 anos	mais de 20 anos	mais de 20 anos
Trab. em outro local no mesmo município	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Trab. em outro município	Não	Sim	Sim	Não informado	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim

(continua...)

(continuação)

	Atenção Secundária/Terciária- Privada		Clínica especializada			
Identificação	13	14	15	16	17	18
Município da entrevista	Campinas	Campinas	Campinas	Campinas	Campinas	Indaiatuba
Naturalidade	Mesmo município da entrevista	Não informado	Município do estado de SP	Município do estado de SP	Município de outro estado	Município do estado de SP
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Faixa etária	31 a 40 anos	51 a 60 anos	51 a 60 anos	Mais que 60	31 a 40 anos	Mais que 70
Estado Civil	Casado	Casado	Não informado	Não informado	Não informado	Casado
Possui Filhos	Não	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado	Sim
Local de moradia	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista
Local de formação	Município do estado de SP	Não informado	Município de outro estado	Mesmo município da entrevista	Mesmo município da entrevista	Município de outro estado
Especialidade	Clínico Geral e Medicina do Trabalho	Hematologista	Radiologista	Ortopedia e Traumatologia	Oftalmologia	Cirurgia Geral
Tipo de vínculo	Autônoma (PF)	CLT	Proprietário	Proprietário	Proprietário	Proprietário
Tempo de trabalho na região	até 5 anos	mais de 20 anos	mais de 20 anos	mais de 20 anos	mais de 10 anos	mais de 20 anos
Trab. em outro local no mesmo município	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Trab. em outro município	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Quadro 18 - Identificação dos gestores entrevistados por local de entrevista. (RM – Campinas)

Locais de entrevista	Número de identificação do entrevistado
Secretaria municipal saúde	1, 2, 3
Hospital - Público	4
Hospital - Privado	5, 6, 7
Unidade Básica de Saúde (UBS)	8, 9, 10, 11
Coordenadora APS	12

Fonte: Elaboração própria a partir da pesquisa em profundidade.

Análise das entrevistas por categoria

Remuneração

A questão do salário observado nas falas dos entrevistados na região de Campinas é algo que não está apenas relacionado aos rendimentos recebidos, mas atrelado à estabilidade no emprego, benefícios, aposentadoria e pagamento em dia.

Se eu pegar o Hospital “X” hoje, a média salarial dos médicos é da ordem de 20 mil reais, pra trabalho de 24 horas, por que? Eles ganharam os quinquênios que eles tinham que ganhar, isso estou falando sem contar que eles ganham 13º, se tiver uma dor de barriga, continuam ganhando, eles têm licença prêmio (Gestor 1, Região Campinas).

Olha, se você for vendo, não é ruim, mas se eu desse plantão todos os dias, eu ganharia três vezes mais o que ganho. Só que aqui tem estabilidade que o plantão não tem, você não ganha tanto financeiramente, mas ganha em outras coisas. Tem estabilidade de emprego, ajuda na alimentação, licença maternidade pra mulher. (Médico 1)

Olha, eu diria que assim, se você trabalhar exclusivamente pra rede pública, tem que ser no mínimo 10 mil reais por mês. No mínimo (...). Mas qualquer plantão você imaginar que uma pessoa dá um plantão e ganha 1500 reais 12 horas, você trabalhar 10 dias, não precisa trabalhar mais na semana inteira, óbvio que é cansativo e tudo mais, mas ele vai sempre trocar o plantão pelas outras coisas se ele puder fazer isso, né? (Médico 17)

A remuneração para o tipo de vínculo de estatutário não é considerada atrativa, contudo é uma garantia para aposentadoria e outros benefícios trabalhistas.

Não, tem que ser estatutário né? Não hoje, hoje você até perde dinheiro, você ganha menos, mas no dia de amanhã, no futuro, vai te ajudar, porque você tem uma aposentadoria pra você. Não é? (Médico 4).

É por isso que eu tenho vários empregos, o salário só no local, principalmente no emprego público ele é muito ruim, ele é muito baixo, por isso que tenho dois empregos públicos, pra complementar. Não é satisfatório não. (Médico 12)

Bom, o médico hoje ainda atua, tem a Prefeitura que contrata médico. Porcaria né? Paga-se pouco. Uns fazem porque é um vínculo, sei lá, pra uma aposentadoria, mas paga pouco, porcaria. (Médico 18)

Salários altos ofertados sem a garantia de receber em dia, nem sempre são considerados atrativos.

Eles querem, por exemplo, vai pra lugar tal e fala que vai pagar 15, 20 mil pro médico. Não vai. Paga um mês, no segundo atrasa 15, no terceiro atrasa outro mês e aí acabou (Médico 4).

Mas já vi várias histórias que o cara oferece 30 mil no primeiro mês, 18 no segundo, no terceiro ele fica te devendo 10 e ele não paga mais e você continua trabalhando lá e está assinado que você tem que fazer, então se pagar em dia já é bom demais, por menos que seja, é mais ou menos isso. (Médico 17)

Entre os fatores de estímulo para trabalhar conjugados a remuneração, destaca-se: "O salário e as condições de trabalho como um todo" (Médico 5).

Aqui não, pessoal tem, tem ressonância a gente consegue fazer pelo SUS, pela prefeitura. Então tem bastante coisa boa. Estimula a gente, embora o salário não seja bom, mas essas coisas ajudam, porque você consegue fazer o tratamento do paciente, por isso é gostoso. (Médico 10)

Aqui é mais padrão de vida né. Porque monetariamente não compensa. (Médico 9)

Vínculo de trabalho

Esteve presente na fala dos entrevistados que não há um único tipo de vínculo considerado como ideal. Na medida em que o tipo de vínculo estatutário permite uma maior segurança e estabilidade, ele não dá tanta flexibilidade e ganho monetário satisfatório. Por outro lado, autônomos – pessoa física e jurídica permite uma remuneração em curto prazo mais alta, porém sem benefícios e direitos trabalhistas.

Os dois vínculos têm suas vantagens e desvantagens né? Serviço público você tem todos os encargos trabalhistas, tem suas férias, tem tudo isso. O serviço, a pessoa jurídica, se você trabalha, se você produz, você ganha, se não produz, você não ganha. Então, mas aí você recebe... paga menos imposto né? Mas eu sempre tive interesse pelo serviço público. (Médico 5)

Alguns ainda mencionam a importância de ter mais de um vínculo com formas de contratação diferenciadas para agregar as vantagens de cada um:

Acho que a gente fica muito limitado de trabalhar só num tipo de regime, eu não tenho preferência, mas é importante trabalhar nos dois. Porque como são regimes diferentes, quando existe algum problema em algum regime o outro está funcionando bem e vice versa. Como são regimes diferentes eles se constituem em formas diferentes, são regimes diferentes. Então não fico preso a um determinado tipo de... Eu não tenho preferência por nenhum tipo de regime não. (Médico 12)

Outra médica de tipo de vínculo estatutário, e que antes de ter filho, fazia vários plantões e trabalhava em mais de um município como autônoma, argumenta que como "*Prestador de serviço ganho bem mais, mas eu tenho a estabilidade que eu não tenho nos outros*". Ressaltou que o vínculo estatutário é importante pelos benefícios, férias, décimo terceiro salário e auxílio maternidade. (Médico 2)

Para médicos recém formados e que não têm condições de abrir seu consultório, o vínculo de estatutário é uma garantia de exercer sua prática, estar em contato com os pacientes e ter estabilidade financeira.

Acho que sim. Gosto também por causa de retorno de paciente. O que mais me faz vir em UBS, é isso, porque aqui eu vejo o paciente mais vezes, não posso abrir um consultório agora, por exemplo, que me formei há pouco tempo, então conseguir abrir consultório, ter esse vínculo com o paciente é mais difícil.

Então em questão de plantão, não vale a pena porque você acaba vendo as mesmas pessoas, mas não é uma coisa de contato, o que mais gosto é isso o contato com o paciente, mas a estabilidade óbvio, é um fator que muito segura a gente no serviço público, com certeza. (Médico 1)

Destaca-se ainda, vantagem observada em relação ao tipo de vínculo estatutário que é a estabilidade no emprego e aposentadoria. *“Com certeza o concurso. Tem férias, 13º, tem uma estabilidade também”.* (Médico 6)

Em uma das falas, um dos médicos ao ser indagado se o tipo de vínculo celetista ou estatutário influencia a atração e fixação, o mesmo respondeu que:

Acho que não. As pessoas não ficam aqui exclusivamente pelo salário, né? A maioria das pessoas vem pra cá por um projeto de vida, um projeto científico, uma expectativa. Alguns podem vir por prestígio, porque a universidade dá muito prestígio e o vínculo do trabalho é uma coisa secundária. É lógico que você falar que o cara vai ter um salário muito baixo do mercado o cara não vai ficar. Eu acho que o salário influi até certo ponto. Se você der um salário muito alto, lógico que isso também conta, mas não é o principal fator. (Médico 7)

Pontos negativos citados com relação ao serviço prestado como autônomo, a ter empresa e a realizar plantões.

Na verdade, é assim, o problema da empresa é que você presta serviço. Então assim, se não trabalho... Eu tenho que trabalhar pra eu receber, se não trabalho, não tenho direito a nada, não tenho direito a atestado médico, 13º, férias, nada, é uma prestação de serviço. Se eu produzo eu recebo, se não produzo não recebo. (Médico 6)

Plantão não é vida, é bem desgastante. (Médico 2)

Com relação ao tipo de vínculo celetista, desvantagens mencionadas estiveram relacionadas a não ter flexibilidade do cumprimento da carga horária: *"O celetista tem todo o seu problema. Tem que passar o dedo quatro vezes por dia, essas coisas obrigatórias."* (Médico 14). Ao contrário do tipo de prestação de serviço como autônomo que dá flexibilidade.

Condições de trabalho

Entre os fatores relacionados às condições de trabalho na região de Campinas, observou-se nas falas dos entrevistados a questão da infraestrutura, exames, medicamentos e volume de trabalho.

Em uma fala de um médico, natural de outro estado e que está há mais tempo trabalhando no município, vê que uma das vantagens de trabalhar na região é *"Toda a infraestrutura né, de operação, de trabalho, de condição, de salário, econômica. Coisa que lá (Alagoas) a gente não tinha."* (Médico 5)

Outro médico argumenta que um dos fatores de atração para trabalhar no município é *"Que te dê qualidade de trabalho mesmo. Porque tem muito lugar que você precisa de um exame, precisa de tudo e não tem nada. Falta medicação, falta tudo. Então isso sempre leva em conta"*. (Médico 8)

Há lugares que embora tenha uma boa infraestrutura, têm dificuldade com os encaminhamentos para exames e falta de medicamentos. *"A estrutura física é muito boa, agora os serviços, complementares, que nem medicação, curativo, exames de laboratório tem as limitações, a gente consegue, mas tem limitações, tem dificuldades. Tem épocas que falta material ou falta medicamento. E tem época que volta. Então o serviço é bom, mas assim, tem carências, falta... Tem períodos que falta material e falta medicamento."* (Médico 12)

Quando da precariedade de infraestrutura, destaca-se caso observado em um bairro distante/ isolado que os profissionais não têm uma estrutura adequada para trabalhar *"a gente tem dificuldade do prédio, a gente não tem sala. Cada semana a gente tem que atender num posto aqui da região. Tem esses percalços, né? Tem dia que tenho sala, tenho dia que não tenho. Tem dia que atendo na sala de reunião, tem dia que atendo na sala de coleta, esses são alguns problemas que temos aqui, mas não faria mudar por causa disso, são coisas administrativas."* (Médico 1)

Ainda sobre a infraestrutura na Atenção Primária, observou-se que algumas unidades se apresentam com melhor estrutura do que outras no mesmo município.

Infraestrutura muito boa, o que eu preciso tem aqui, um postinho bem estruturado dos que já trabalhei, esse especificamente então é o melhor, lá no centro é muito mais difícil, não tenho banheiro lá, então tem que se trocar atrás do biombinho, no três que eu não tenho banheiro, no quatro eu já tenho, mas não tem ar condicionado, é mofado, é do lado do ferro velho, tem bastante mos-

quito lá, é bem ruinzinho lá. Dos que trabalho esse aqui é o melhor”. (Médico 2)

Pontos positivos com relação a encaminhamentos para consultas, exames e infraestrutura foram observados principalmente em falas de médicos que atuam em cidades mais desenvolvidas economicamente.

Tem a UPA aqui do lado que facilita muito, aqui funciona tudo, funciona bem, as consultas são agendadas (Médico 4).

Aqui é bom, a gente tem bons recursos, a gente tem recursos excelentes, pros pacientes também, aqui tem hidroginástica, tem fisioterapia, a gente gosta de trabalhar num lugar desse, que tem recurso. Difícil ir lá numa cidadezinha que você não consegue fazer nada, pessoa não progride, tratamento fica ruim. Aqui não, pessoal tem, tem ressonância a gente consegue fazer pelo SUS, pela prefeitura. Então tem bastante coisa boa. Estimula a gente, embora o salário não seja bom, mas essas coisas ajudam, porque você consegue fazer o tratamento do paciente, por isso é gostoso. (Médico 10).

Em relação à quantidade de pacientes, foi argumentado que quando há muita demanda de atendimento médico, a qualidade do serviço fica comprometida.

Nem sempre é tranquilo assim, mas em geral é tranquilo. Igual, ontem eu estava em Artur Nogueira, lá é bem... Tem urgência o dia todo. É três vezes mais o tanto de pacientes que tem aqui. O que acaba sendo ruim, porque perde a qualidade do atendimento também (Médico 8).

Outro argumenta que o volume de pacientes no município sede, faz com que médicos optem em trabalhar nos municípios próximos com plantões mais tranquilos.

Em Campinas mesmo é meio difícil, tem poucos lugares, assim, que são plantões tranquilos, bons, como aqui. Aqui é um, porque o pessoal gosta de fazer a enfermaria, mas precisa de um grau um pouco maior de experiência né? Mas o pessoal pega região porque os plantões geralmente de Campinas são conturbados (Muito cheio) (Médico 13).

Fatores relacionados a conforto do trabalho e a segurança do local também estiveram presentes nas falas:

Eu acho que trabalhar com conforto, com acesso aos recursos que o paciente merece e são fundamentais pra condução das doenças e sem a pressão de, vamos supor, pressão de dar conta de uma coisa que não é da conta dele. Porque você vai num centro de saúde, nas periferias, primeiro que não vai ter segurança, pessoal fura pneu do carro, rouba o carro, então você já vai lá com faca nos dentes né? Fica aquela tensão, você vê uma fila gigantesca, no fim do dia está todo mundo de mau humor, todo mundo xingando o médico e aquilo, o médico ali, vamos dizer, o menos culpado, mas é o que vai sofrer toda a pressão, porque ele é a linha de frente ali.(...) Mas, eu acho que condição digna e uma remuneração justa seria o ideal pro médico fazer sua função de forma humana (Médico 17).

Fatores profissionais

Os aspectos que mais se destacaram na fala dos entrevistados com relação aos fatores profissionais foram a possibilidade de cursar residência médica, qualificação profissional, expectativa profissional com relação a ter consultórios e fazer parte da rede de serviços.

Sobre a possibilidade de realizar o estágio da graduação e fazer residência, um dos médicos mais jovens, natural de outro estado, começou a fazer a graduação em Tocantins, mas teve que realizar o estágio de graduação no estado de São Paulo, devido ao fato da faculdade não ter estrutura para comportar os alunos na realização das práticas. Terminou sua graduação e agora pretende fazer residência no mesmo local. Tem planos de voltar a sua cidade natal quando concluir a residência.

Minha faculdade é no Tocantins em Gurupi, só que a parte de estágios divide muito a turma. Porque o hospital da cidade não comporta, eu acabei vindo fazer meus dois anos de estágio aqui na Santa Casa de Limeira [...] Então, eu não trabalho só aqui, eu fiquei em Limeira porque é onde quero fazer residência depois, porque já conheço todo mundo lá, mas eu não prestei prova aqui, não prestei prova em Limeira pra residência esse ano. Eu fiquei trabalhando nas regiões ao redor de Limeira mesmo. (Médico 8)

Logo que eu vim pra região, vim por causa da residência e aqui em Santa Bárbara foi o emprego que consegui de Pronto Socorro. Então era pra completar a renda da residência e tal. Consegui um plantão na cidade e daí me fixei na cidade, porque quando terminei a residência surgiu a oportunidade de fazer o ambulatório da especialidade, de cirurgia vascular e daí eu fui ficando aqui. Então é um emprego que tenho desde acabei a faculdade, em 1991. (Médico 12)

Na fala de um médico com mais tempo de atuação no município, mas que também é natural de outro estado, disse que sua ida para a região se deu através de um convite de um conhecido para estabelecer uma clínica médica.

“Olha o pessoal está montando um serviço de pediatria em Cosmópolis, você tem interesse?” Aí mandei o currículo, aí a única opção minha, a única exigência era que tivesse mais pediatra, porque se for sozinha, fico onde eu estou. Aí ela falou que ia ter dois pediatras, aí vim pra cá. Montei um serviço de pediatria em Cosmópolis. Hoje já não estou. Hoje estou em Limeira. Trabalho num hospital maior. (Médico 3)

O mesmo, quando indagado sobre a perspectiva do trabalho médico, ainda ressalta a necessidade da qualificação permanente.

O que pensa no futuro é agregar um trabalho mais tranquilo, mais sossegado, agregado a um padrão de vida com o que você tenha que ter, então a gente espera do futuro fazer isso. Como você consegue fazer esse tipo de coisa? Primeiro tendo algum vínculo em algum serviço. Te dar algum retorno, alguma aposentadoria futura, e uma coisa que você tem que ter muito dentro da medicina é qualificação. Nunca deixar de fazer qualificação, como Congressos, Jornadas. Pelo menos uma por ano eu faço. Fazer reciclagem. (Médico 3)

Situação parecida da possibilidade de ter consultório é observada na fala de outro médico, cuja família já tinha trajetória profissional em medicina na região. *“Trabalho aqui, tenho consultório, montei junto com outros quatro colegas, meu pai e mais três, montamos o hospital aqui, Hospital Santa Inês, até hoje está lá”* (Médico 18)

Fatores locais

Os fatores locais observados nas falas dos entrevistados na região de Campinas estiveram relacionados à distância do local de trabalho, à possibilidade de trabalhar em mais de um município, ao desenvolvimento socioeconômico da região *“É um município rico, bem estruturado”* (Médico 4, Região Campinas). Assim como, a disponibilidade de serviços, oferta de universidades, tranquilidade e segurança.

A cidade propicia, vários parques com materiais, pra você fazer exercício no jardim, entendeu? Academia das cidades. (Médico 10)

É uma cidade muito boa, uma cidade que tem infraestrutura boa, boa qualidade de vida.(...) Sim, acho que no geral sim, é uma cidade que tem vários atrativos. Boa renda.(Médico 11)

Questões de segurança e tranquilidade dos municípios foram apontadas tanto por médicos que moram no município de Campinas, como também por aqueles que moram nos municípios próximos, com características interioranas.

Calmaria e, assim, o pessoal daqui não atropela, a gente vai conforme a gente consegue fazer. Eu acho que vale a pena. (...) Graças a esse município aqui a minha filha é uma menina tranquila (Médico 9).

Também, eu durante uma época, eu trabalhei em São Paulo uma vez por semana, mas eu gosto mais do estilo de vida aqui. Eu vou almoçar em casa todos os dias, isso pra mim é um valor. É estilo de vida do interior, mas com uma cidade com perspectiva e suporte no geral. (Médico 16)

Entre os médicos que moram em Campinas observou-se alguns pontos negativos quanto ao fator segurança do município. “É uma cidade que tem todos os seus problemas como outros, de segurança”(Médico 14)

Acho que a questão da segurança aqui está piorando muito. Mas se você comparar com outras cidades do país. Seria ruim comparar com Canadá, Estados Unidos, mas aqui comparando com cidades nossas, aqui está tão ruim quanto qualquer lugar. (Médico 7)

Outra questão negativa sobre o município sede é a saturação do mercado de trabalho médico, a concorrência pelos postos de trabalho.

Negativo é a quantidade imensa de médicos. A concorrência aqui, o mercado de trabalho. Gosto muito da cidade, ela tem um que de interior, mas cidade grande ao mesmo tempo. Tenho muitos amigos e com certeza eu estaria bem melhor financeiramente, se eu estivesse em uma cidade menor, com certeza, mas optei pelo convívio mais social do que propriamente profissional. Porque profissional aqui é uma cidade completamente lotada de oftalmologista, então é mais difícil. Pra galgar um espaço aqui é muito mais complicado. É uma cidade que eu acho que mais tem oftalmologista per capita do Brasil. Porque era um centro muito grande, como BH também, na época do Hilton Rocha e tudo mais. Então o mercado aqui é bem saturado, então, não foi tanto pela parte profissional não. Foi mais pra ficar com a família.(Médico 17)

Um dos médicos ainda argumenta que nos últimos anos não houve investimento nos estabelecimentos de saúde no município sede. *"Ela é muito defasada, não há nenhum hospital novo nos últimos 20 anos em Campinas, fecharam dois hospitais se não me engano, então você tem um crescimento da população e pouco investimento na saúde privada e pública também."* (Médico 16)

A distância do local de trabalho foi algo apontado como uma condição que pode influenciar na escolha do posto de trabalho.

Isso pode ser, porque aqui é muito longe da minha casa, eu demoro uma hora pra chegar, são 35 km, eu moro em Campinas, mas pode ser. Mas agora eu nem posso, porque nos três primeiros anos é probatório, a gente tem que ficar. Mas nem penso nisso, agora, mesmo se não fosse, agora adaptou, a equipe é super joia, esse postinho é muito legal. Então não tenho, agora não penso nisso, não sei daqui 3 anos eu mudaria. Depende do que acontecer. (Médico 1)

Na fala de um médico, avalia que os municípios de grande porte, são oportunidades de desenvolver seus trabalhos e aprofundar melhor a área de interesse.

Atração dos médicos, em termos gerais eles gostam de grandes centros, porque você tem mais pacientes, porque você pode fazer uma coisa mais especializada. Porque se eu for pra uma cidade pequena eu tenho que fazer uma radiologia geral e de exames menos complexos. Você não vai ter uma ressonância, provavelmente não vai ter uma tomo interessante. Se você vai pra um grande centro você pode, quero trabalhar só com Neurorradiologia. Nem o resto do corpo, só neuro. Então você tem essa chance. (Médico 15)

Fatores pessoais

Entre as características citadas pelos entrevistados atreladas aos fatores pessoais, esteve presente nas falas a questão da vocação do profissional, *"eu gosto de trabalhar na universidade, contato com aluno, com residente, aqui você está sendo desafiado com novos conhecimentos, é uma maneira de te manter atualizado né?"* (Médico 7).

É gostoso trabalhar. É outro esquema. É diferente do stress de pronto socorro, você tem vínculo com o paciente, que é isso que é gostoso. No pronto socorro você atende, resolve o problema e manda embora. Aqui você tem vínculo, então é muito mais legal. (Médico 1)

A questão da família, da origem, também foi falada como um fator de atração e fixação. *"Quando eu terminar a residência quero voltar pra Goiás, quero ficar mais perto de casa, minha família toda mora lá"* (Médico 8).

E a ideia era depois de formar, se possível também, dependendo do mercado e dos acontecimentos, ficar perto da minha família. E atualmente a minha família mora em Indaiatuba, que é uma cidade a 20 km de Campinas.(...)Então, a família eu acho que é o que mais atrai de volta. Em Uberaba, por exemplo, eu poderia ter ficado e feito residência lá. Eu adorava a cidade, tinha muitos amigos, mas eu tive que optar, né. (Médico 15)

A família. Minha família tem vários médicos, tem meu avô que era médico na cidade e eu acabei atraído também pela parte familiar. (Médico 11)

Meu pai já é, tem clínica aqui, então já tinha alguma coisa aqui. Aí voltei. (Médico 13)

Um dos médicos, que já está próximo de aposentar, quando indagado sobre sua perspectiva futura de trabalho, falou que sua decisão de permanecer ou não no município vai depender da filha e da esposa.

Vai depender da minha filha. Porque minha esposa é do Mato Grosso e a família dela é toda do Mato Grosso, então o que minha esposa fala é que vai depender da minha filha, se ela ficar por aqui, ela não vai sair daqui, mas se minha filha sair, for pra outro país ou outro lugar, ela quer voltar pra origem dela, que é no Mato Grosso. E aí eu abro meu consultório.(Médico 9)

4.2 Informações complementares das ETAC com agentes contratantes e médicos

4.2.1 Estratégias de atração e fixação utilizadas por agentes contratantes

As tabelas 62 e 63 referem-se aos resultados da ETAC realizada junto aos agentes contratantes. A primeira delas diz respeito às estratégias que são utilizadas pelos municípios e pelos hospitais privados com o intuito de atrair e fixar os profissionais médicos. A segunda tabela expõe as estratégias que os estabelecimentos contratantes consideram atrativas, mas que, por razões diversas, não são adotadas.

As estratégias mais utilizadas pelos municípios, e também pelos hospitais, para atração e fixação de médicos, são a oferta de exames e medicamentos, e de infraestrutura adequada.

Flexibilidade na jornada de trabalho, oferta de cursos de capacitação/educação permanente e vínculo de trabalho também são estratégias recorrentes, e que, conforme apresentado anteriormente, são citadas como benefícios extra monetários ofertados pelos estabelecimentos.

Tabela 62 – Municípios e hospitais por segmento estudado, segundo estratégias utilizadas para atração e fixação de médicos.

Estratégias	Secretarias municipais de saúde				Hospitais privados	
	Atenção Primária		Atenção Especializada			
	N = 55	%	N = 40	%	N = 37	%
Oferece acesso a exames, medicamentos, etc.	43	78,1	31	77,5	27	73,0
Oferece infraestrutura adequada	43	78,1	29	72,5	31	83,8
Oferece flexibilidade na jornada de trabalho	36	65,4	27	67,5	25	67,6
Oferece cursos de capacitação/ Educação permanente	34	61,8	26	65,0	11	29,7
Oferece vínculo de trabalho	34	61,8	25	62,5	10	27,0
Oferece outras oportunidades de trabalho no município	32	58,1	23	57,5	17	45,9
Oferece auxílio transporte, alimentação.	25	45,4	18	45,0	8	21,6
Oferece salários mais altos	16	29,0	13	32,5	12	32,4
Oferece oportunidade de trabalho para o cônjuge	16	29,0	11	27,5	13	35,1
Oferece plano de cargos e carreira	14	25,4	11	27,5	4	10,8
Oferece moradia/auxilio moradia	15	27,2	9	22,5	3	8,1
Oferece espaço no hospital para atendimento particular	9	16,3	9	22,5	27	73,0
Nenhuma estratégia é utilizada	6	10,9	6	15,0	6	15,8

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

Para cada item supracitado que o entrevistado declarou não utilizar como estratégia de atração/fixação, foi perguntado se ele a considera atrativa e se poderia utilizar de tal oferta para esse fim. Entre as estratégias consideradas mais atrativas na Atenção Primária e na Atenção Especializada, em consonância com o que já é oferecido pela maioria dos estabelecimentos, estão a oferta de infraestrutura adequada, a oferta de cursos de capacitação/educação permanente e o acesso a exames e medicamentos. O mesmo cenário foi encontrado nas entrevistas com gestores de hospitais.

Tabela 63 – Municípios e hospitais por segmento estudado, segundo estratégias consideradas atrativas para atração e fixação de médicos.

Estratégias consideradas atrativas	SMS Atenção Primária	SMS Atenção Especializa- da	Hospitais privados
	%	%	%
Oferecer acesso a exames, medicamentos, etc	72,7	87,5	59,5
Oferecer infraestrutura adequada	91,6	100,0	67,6
Oferecer flexibilidade na jornada de trabalho	61,1	75,0	67,6
Oferecer cursos de capacitação	75,0	84,6	59,5
Oferecer vínculo de trabalho	36,8	46,1	43,2
Oferecer outras oportunidades de trabalho no município	36,3	43,7	56,8
Oferecer auxílio transporte, alimentação.	41,3	52,3	45,9
Oferecer salários mais altos	27,7	41,6	48,6
Oferecer oportunidade de trabalho para o cônjuge	34,2	42,3	45,9
Oferecer plano de cargos e carreira	51,2	51,8	40,5
Oferecer moradia/auxílio moradia	14,7	20,0	40,5
Oferecer espaço no hospital para atendimento particular	12,1	20,0	56,8

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com agentes contratantes.

4.2.2 Fatores de atração e fixação segundo os profissionais

A tabela 64 apresenta as respostas dos médicos entrevistados na ETAC a uma lista de fatores considerados importantes para que permaneçam em um trabalho como médico. Foi solicitado que os respondentes atribuíssem um valor numa escala entre 1 e 5 a cada quesito, onde 1 (um) significava “nenhuma importância” e 5 (cinco) significava “muito importante”. A tabela representa as proporções daqueles que atribuíram o valor mais alto, por região de atuação.

Os itens mais reportados como muito importantes em quase todas as regiões foram aqueles relacionados às condições para realização adequada do trabalho: pagamento em dia, estrutura física adequada do local de trabalho, disponibilidade de equipamentos e disponibilidade de medicamentos e acesso a exames e serviços complementares (diagnóstico e terapêutico). O item de remuneração também foi referido com expressividade, mas se mostrou mais importante entre os médicos que atuam na região de Itapeva. Por outro lado, os respondentes das demais regiões consideraram mais importante itens como liberdade e autonomia decisória no trabalho. Nas regiões Vale do Ribeira e Vale do Jurumirim apareceu com expressividade a existência de equipe de trabalho e possibilidade de discutir casos com colegas.

Entre os fatores individuais, o mais referido foi o acesso à educação básica de qualidade para os filhos no município, em comparação à oportunidade de trabalho para o cônjuge ou companheiro no município e ao acesso familiar à assistência médica e odontológica, que foram menos reportados como muito importantes. Morar no mesmo município de trabalho ou em município próximo apareceu com relevância no Vale do Jurumirim. Já a oferta de moradia no município ou auxílio moradia, em Itapeva. Destaca-se também a oportunidade de trabalhar em outros locais como relevantes em Itapeva e Vale do Ribeira. Os itens com as menores proporções em todas as regiões foram as opções de lazer e cultura no município e trabalhar no mesmo município de nascimento ou onde possui laços familiares.

Tabela 64 –Proporção de médicos que considerou o fator de atração e fixação muito importante, segundo fator e região de atuação.

	Vale do Ribeira	Itapeva	Vale do Jurumirim	Litoral Norte	RM Campinas
	n=95	n=126	n=84	n=117	n=160
Oferta de moradia no município ou auxílio moradia	42,1	62,7	46,4	37,9	44,4
Oportunidade de trabalhar em outros locais	48,4	69,8	32,1	41,4	40,0
Oportunidade de trabalho para o cônjuge ou companheiro no município	42,1	63,5	42,9	52,6	50,0
Acesso à educação básica de qualidade para os filhos no município	73,7	84,1	64,3	75,0	72,5
Flexibilidade na jornada de trabalho e folgas	62,1	76,2	75,0	75,0	68,8
Opções de lazer e cultura no município	50,5	54,0	42,9	55,2	40,6
Estrutura física adequada do local de trabalho	83,2	91,3	89,3	82,8	87,5
Disponibilidade de equipamentos	92,6	84,9	92,9	82,8	89,4
Disponibilidade de medicamentos	92,6	95,2	96,4	81,0	83,1
Acesso a exames e serviços complementares (diagnóstico e terapêutico)	82,1	92,1	78,6	81,0	91,9
Trabalhar no mesmo município de nascimento ou onde possui laços familiares	22,1	34,9	17,9	21,6	21,9
Remuneração	82,1	92,1	71,4	81,0	76,9
Liberdade e autonomia decisória no trabalho	82,1	51,6	85,7	81,9	83,1
Existência de equipe de trabalho e possibilidade de discutir casos com colegas	80,0	67,5	78,6	66,4	71,9
Acesso familiar à assistência médica e odontológica	56,8	72,2	60,7	60,3	62,5
Morar no mesmo município de trabalho ou em município próximo	60,0	64,3	78,6	60,3	56,9
Pagamento em dia	97,9	100,0	89,3	92,2	98,1

Fonte: elaboração própria a partir da ETAC com médicos.

5. Estudo de preferência declarada

Até aqui os resultados permitem traçar diagnósticos sobre o mercado de trabalho médico, identificar fatores de atração e fixação de profissionais e localizar áreas de maior necessidade nas regiões estudadas. Buscando qualificar a análise de forma a fundamentar decisões em relação às políticas de planejamento e alocação de recursos, sobretudo para orientar políticas de atração e retenção de recursos humanos em saúde, foram produzidas evidências a partir de uma abordagem de preferência declarada. Esta abordagem, embora originária da área de marketing, vem apresentando uma crescente aplicação em outros campos de pesquisa. Refere-se, em essência, a um comportamento de escolha dentro de dado contexto: se você tiver essas alternativas disponíveis, qual delas você escolhe? Entre as aplicações, pode-se citar: avaliação de prioridades para o desenvolvimento de várias características de um sistema público, com especial ênfase sobre fatores qualitativos; estimação de elasticidade de demanda para vários atributos de serviços, incluindo tarifas, frequências, etc.; análise de mercado e previsões; pesquisa e desenvolvimento de novos produtos; condução de estudos de planejamento para organismos governamentais.

Métodos para a obtenção de preferências declaradas referem-se a uma família de técnicas, as quais utilizam respostas individuais a respeito da preferência, em um conjunto de opções, de modo a estimar funções utilidades (Kroes, Sheldon, 1988). Para o estabelecimento do conjunto de opções, pode-se partir de descrições de situações ou contextos construídos pelo pesquisador, possibilitando, desse modo, estudar preferências que não podem ser diretamente medidas. Podem ser definidos como quaisquer métodos decomposicionais que estimem uma estrutura das preferências dos indivíduos utilizando sua avaliação global a respeito de um conjunto de alternativas especificadas previamente em termos de níveis de diferentes atributos (Green, Scrinivasan *apud* Sheldon, 1991).

No campo do planejamento e gestão do trabalho em saúde, o método pode ser usado para avaliar preferências dos profissionais sobre diferentes tipos de “empregos” ou posições de trabalho, consideradas em conjunto as diversas combinações de atributos do posto de trabalho, a exemplo da localidade do exercício, remuneração, carga efetiva de trabalho, entre outros. Nesse sentido, fornecem informação sobre como os indivíduos estão dispostos a “trocar” um atributo da ocupação por outro, possibilitando quantificar o quanto de um incentivo particular é necessário para fazer com que um profissional da saúde aceite trabalhar em uma área de necessidade. Essa informação é extremamente útil para o planejamento e a gestão dos

recursos humanos em saúde, pois combinando a importância de um atributo da ocupação particular com o seu respectivo custo, obtém-se um quadro do custo-benefício de políticas de planejamento específicas.

A aplicação do método DCE envolve três etapas. A primeira fase correspondente ao planejamento do estudo, o que passa primeiramente pela definição dos atributos do emprego (ex. salário, natureza do vínculo, agente contratante, condições de trabalho) e seus respectivos níveis (ex. faixas de salário, tipos de vínculo). Em seguida, define-se o desenho do experimento ou a forma de combinação dos atributos e níveis, a qual deve refletir as alternativas que serão submetidas à avaliação dos respondentes. Por fim, é realizado um experimento piloto, a fim de verificar inconsistências no desenho e calcular a amostra necessária. A segunda fase consiste em aplicar o DCE propriamente dito a partir da construção do instrumento eletrônico e a coleta das respostas. Através do instrumento os respondentes analisam as alternativas e definem suas escolhas. A terceira parte é a análise dos resultados, a qual permite identificar a relevância de cada atributo e nível e em que medida eles podem ser trocados, desenhando cenários de intervenção pública.

5.1. Definição de atributos e níveis

Os métodos que tem por objetivo identificar preferências declaradas, entre eles o DCE, fazem parte de um grupo de técnicas de obtenção de respostas individuais sobre escolhas hipotéticas a respeito de um produto ou serviço, dado um conjunto de opções. Seu objetivo é estimar funções utilidades em torno deste produto ou serviço observado no mercado (Kroes, Sheldon, 1988). Para estabelecer o conjunto de opções a serem avaliadas por um determinado grupo de respondentes, potenciais “consumidores” do item em análise, parte-se de descrições de situações ou contextos, construídos pelo pesquisador a partir de estudos prévios (Souza, 1999). Em um DCE, as alternativas construídas representam a especificação do produto ou serviço definido pela combinação de atributos e seus níveis. Os dados produzidos pelo experimento são uma forma de avaliação das alternativas permitindo-se definir quais são as preferências do público-alvo e de que forma, quantitativamente, um atributo ou nível pode ser substituído por outro (op. cit.).

Em relação à primeira fase, já concluída, foram utilizados os resultados relativos à caracterização do arranjo produtivo local, do mercado de trabalho médico e perfil da força de trabalho, realizada por meio da análise de dados secundários e entrevistas; e às expectativas e

motivações de profissionais e agentes contratantes, também coletadas por meio das entrevistas. A análise desse material permitiu definir os atributos que mais influenciam a escolha dos profissionais, e seus respectivos níveis. Tal escolha foi balanceada definindo cenários de emprego plausíveis com as possibilidades de intervenção pública identificadas junto aos entrevistados. Dessa forma, a combinação dos atributos e seus níveis geram, portanto, alternativas de emprego adequadas às possibilidades de intervenção. Foram escolhidos sete atributos de acordo com o descrito no quadro 19.

Quadro 19 – Atributos e níveis do experimento de preferência declarada

1. Área de Interesse a) Atenção Primária: oferta de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde para trabalhar como generalista, clínico geral ou médico da família b) Atenção Especializada: trabalho em unidades especializadas, tais como hospitais e ambulatórios médicos de especialidades para trabalhar como especialista
2. Remuneração mensal/Regime de trabalho <u>Escolha Atenção Primária</u> a) Parcial 20hs semanais – Salário mensal de R\$ 8.000,00 b) Integral 40hs semanais – Salário mensal de R\$ 12.500,00 c) Contrato por produção, com remuneração de R\$ 100,00 por hora, perfazendo um máximo de 48 horas semanais <u>Escolha Atenção Especializada</u> a) Parcial 20hs semanais – Salário mensal de R\$ 10.000,00 b) Integral 40hs semanais – Salário mensal de R\$ 16.000,00 c) Contrato por produção, com remuneração de R\$ 100,00 por hora, perfazendo um máximo de 48 horas semanais
3. Localização do trabalho a) Município sede da região (Campinas, Itapeva, Registro, Avaré ou Caragatatuba) b) Município de pequeno ou médio porte próximo da sede da região (até 100 km) c) Município pequeno distante (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia), fazendo jus a um adicional de 10% no valor da remuneração d) Área rural, ou Área remota e com dificuldades de acesso, ou em Áreas periféricas e inseguras, fazendo jus a um adicional de 30% no valor da remuneração

(continua)

4. Infraestrutura do local de trabalho (condições relativas à infraestrutura e instalações da unidade de saúde, móveis, equipamentos médicos, acesso à internet, entre outras utilidades como existência de ar condicionado, etc.). a) Adequada: instalações modernas e confortáveis, acesso a recursos e meios de trabalho b) Com algumas inadequações: instalações razoáveis com internet wi-fi disponível c) Inadequada: Instalações e condições precárias
5. Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos (acesso a exames, disponibilidade de medicamentos, disponibilidade de equipamentos médicos, consulta com especialistas, atenção hospitalar, possibilidade de discutir casos com colegas, etc.). a) Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo b) Alguma dificuldade de acesso ou sujeito a restrições de normas, protocolos etc. c) Muita dificuldade de acesso
6. Tipo de vínculo a) Vínculo estável com a administração pública (estatutário/emprego público) b) Contrato temporário com a administração pública c) Sem vínculo com a administração pública ou vínculo com OS, Filantrópica, Cooperativa etc. ou Autônomo (pessoa jurídica)
7. Benefícios Adicionais a) Apoio para participar de pós-graduação a distância (especialização à distância) b) Acesso a rede de telessaúde c) Apoio para participação em congressos/simpósios

Fonte: elaboração própria.

5.2. Desenho do experimento

Em posse dos atributos e níveis, deve-se definir o desenho do experimento, o que se dá em função do forma com que os cenários serão apresentados aos participantes do estudo e da consistência esperada das respostas para estimar os parâmetros do modelo. No que se refere a apresentação dos cenários, na prática, em experimentos de preferência declarada os respondentes fazem sua escolha com base em um conjunto de alternativas que representam a combinação dos atributos e seus níveis. Cada alternativa explicita um combinação possível do produto ou serviço que é alvo da avaliação. A análise das respostas a esta avaliação, por sua vez, tem por objetivo estimar os coeficientes que serão incluídos em uma Função Utilidade, a

qual representará matematicamente um posto de trabalho médico hipotético composto pelos atributos e níveis selecionados. A estimativa desses coeficientes permite determinar o peso que cada atributo/nível possui na escolha dos respondentes.

Partindo da combinação simples entre os atributos e níveis definidos na etapa anterior do estudo, teríamos $2^1 \times 3^4 \times 4^1 = 648$ alternativas (isto é, a multiplicação entre um atributo com dois níveis, 4 atributos com três níveis e um atributo com quatro níveis). A apresentação desse número de alternativas aos respondentes é inviável e, de fato, nenhum experimento de preferência declarada possui um desenho de combinação simples dos atributos e níveis. Existem diferentes técnicas estatísticas, como os ensaios fatoriais fracionados, que permitem reduzir o número de alternativas, entretanto, outras possibilidades podem ser consideradas, a depender do objetivo.

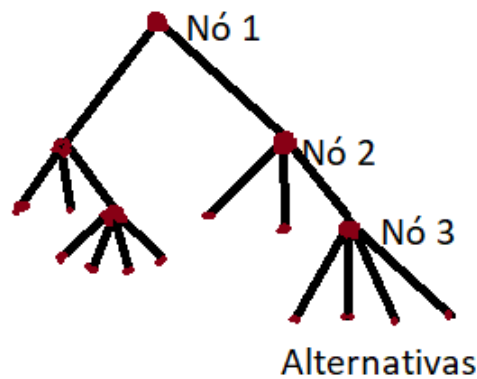
No caso do presente estudo, verificou-se que o atributo de área de interesse condiciona as possibilidades de prática médica muito distintas, caso o profissional escolha a Atenção Primária ou a especializada. Nesse sentido, para cada área de interesse poderia ser realizado um experimento isolado. Entretanto, essa separação é inviável devido a logística do trabalho. Entretanto, a diversidade que se espera alcançar com os resultados, uma vez que se investigam fatores de atração e fixação de médicos para trabalhar tanto em Unidades Básicas de Saúde, quanto em Ambulatórios Médicos e Especialidades e Hospitais, exige uma solução. Por isso, optou-se por um desenho que permitisse ao médico escolher cenários referentes a apenas uma das áreas de interesse, sem que fosse necessário separar em dois experimentos. Tal desenho conduziu a um experimento do tipo Logit Hierárquico.

O modelo Logit Hierárquico, também conhecido em inglês como *Hierarchical, Nested ou Tree Logit Model*, se apresenta normalmente como uma ferramenta cuja estrutura se caracteriza por agrupar todos os subconjuntos de opções correlacionadas entre si, mas semelhantes entre si, em ramificação hierárquicas, chamadas de nós. Cada nó é representado por um elemento que compõe a alternativa, isto é, a um atributo, frente às outras alternativas que estão disponíveis à probabilidade de escolha. Dessa forma, parte-se da escolha em árvore, que se inicia pela área de interesse e tem continuidade a partir dos outros atributos.

A figura 1, representativa do experimento, expressa no primeiro nó a área de interesse (Atenção Primária ou Atenção Especializada); no segundo nó a escolha do regime de trabalho, o qual segue atrelado com o atributo de remuneração (integral, parcial ou por produção); e no terceiro nó a escolha do local de trabalho (com quatro alternativas). A partir do nó 3 são apresentadas as alternativas relativas aos demais atributos (infraestrutura do local de trabalho,

acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos, vínculo de trabalho e benefícios adicionais).

Figura 1 – Representação do experimento hierárquico.



Fonte: elaboração própria.

A escolha referente aos demais atributos, porém, não é feita individualmente em formato hierárquico, como nos demais nós do experimento, e sim considerando cenários que combinam todos os atributos. Isso significa que o respondente faz a sua escolha considerando todos os atributos simultaneamente. Para esta escolha será utilizado o método de ordenação das alternativas, ou método rank, que é o mais utilizado nesse tipo de estudo (Hensher, 1994). Supõe-se que um indivíduo é mais capaz de ordenar um conjunto de alternativas do que avaliar as alternativas uma a uma. No processo de ordenação é possível incorporar um número muito grande de informações, quando se utiliza o processo de ordenação explodida, procedimento proposto por Chapman e Staelin (1982), ou seja, incorpora a ordem de escolha no processo de análise. O processo se constitui do seguinte: o entrevistado analisa cada uma das alternativas, por exemplo, um conjunto de 4 alternativas, e escolhe a preferida; exclui-se, então, essa escolhida restando 3 alternativas e, dessas, inicia-se novamente o processo de escolha, repetindo-se até restar uma alternativa.

5.3. Experimento piloto e amostragem

Para validar a estimativa dos parâmetros foi realizado o estimador de máxima verossimilhança (ver formalização matemática no quadro 20), utilizando o Software LMPC para o cálculo. O experimento piloto se deu a partir de uma amostra especializada contendo 24 respostas. Por meio de um simulador de entrevista baseado na probabilidade da distribuição de extremo valor e simulador por técnica de Monte Carlo, foram reproduzidas 500 amostras. Para a coleta da amostra foi construído um instrumento online preliminar, pelo qual é feito o preenchimento do formulário e as escolhas das alternativas¹⁸. Após diversos testes de validação, verificou-se inconsistência nos atributos de vínculo de trabalho e benefícios adicionais. Por isso, optou-se por retirar tais atributos dos cenários de escolha. Essa decisão não implica em perda, uma vez que os mesmos serão perguntados de forma direta, após a escolha dos cenários. Em função da retirada dos dois atributos, a partir do terceiro nó, tem-se apenas a combinação entre infraestrutura do local de trabalho e acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos. Segundo o quadro 21, a combinação entre eles produzem um total de 6 cenários.

Ao final dos ajustes, o experimento como um possui 144 alternativas, formando um experimento em ensaio fatorial $2 \times 3 \times 4 \times 6$ (isto é, o atributo de área de interesse com duas escolhas, o regime de trabalho/remuneração com três escolhas, o local de trabalho com quatro escolhas e a combinação dos atributos de infraestrutura e recursos com seis escolhas). A codificação referente a combinação das 144 alternativas está disponível no APÊNDICE E.

Com o desenho definido, foi realizado mais uma vez o desenho experimental compatível com o Modelo Logit Multinomial com Probabilidade Condicional em árvore hierárquica, com $2 \times 3 \times 4 \times 6 = 144$ alternativas. O objetivo, neste caso, além de testar o experimento do ponto de vista matemático, foi o de dimensionar o tamanho necessário da amostra. O resultado reportou a necessidade de 282 respostas para obter um erro amostral de 0,05 ao nível de 95% de probabilidade.

¹⁸ <https://goo.gl/b3f7DE> ou www.osmarambrosio.mat.br.

Quadro 20 - Formalização matemática do estimador de máxima verossimilhança

Utiliza-se o estimador de máxima verossimilhança, EMV, para ajustar os parâmetros em cada nó:

$$EMV = \ln \sum_{A_i \in A^1(q)}^n \exp(V_1)$$

De tal forma que a utilidade composta do nó é dada por: $\tilde{U}_l = \phi EMV + \alpha W$, em que ϕ e α são parâmetros a estimar. A probabilidade de um indivíduo q escolher a alternativa $A_i \in \underline{A}^1(q)$ é dada pelo produto das probabilidades marginais do conjunto de escolha composto pelo nó anterior.

Assim o modelo completo fica:

$$P_{iq} = \frac{\exp(\phi EMV + \alpha W + \theta^s Z^s)}{\sum_{A_i \in \underline{A}^1(q)} (\phi EMV + \alpha W + \theta^s Z^s)} \cdot \frac{\exp(\theta^1 Z_1^j)}{\sum_{A_j \in \underline{A}^1(q)} \exp(\theta^1 Z_j^j)}$$

Os índices i e j denotam os níveis hierárquicos inferiores e superiores, os vetores Z^i e Z^s correspondem aos atributos das alternativas disponíveis nos níveis, ϕ , α e θ são os coeficientes a serem estimados.

Quadro 21 – Codificação da combinação dos atributos de infraestrutura e recursos.

Alternativas	A – Infraestrutura do local de trabalho				B – Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos			
	Codificação			Descrição	Codificação			Descrição
	β_{11}	β_{12}	β_1		β_{21}	β_{22}	β_2	
01	0	0	1	Adequada	1	0	2	Alguma dificuldade
02	0	0	1	Adequada	0	1	3	Sem dificuldade
03	1	0	2	C/ inadequações	0	0	1	Muita dificuldade
04	1	0	2	C/ inadequações	1	1	3	Sem dificuldades
05	0	1	3	Inadequada	0	0	1	Muita dificuldade
06	0	1	3	Inadequada	1	0	2	Alguma dificuldade

Fonte: elaboração própria.

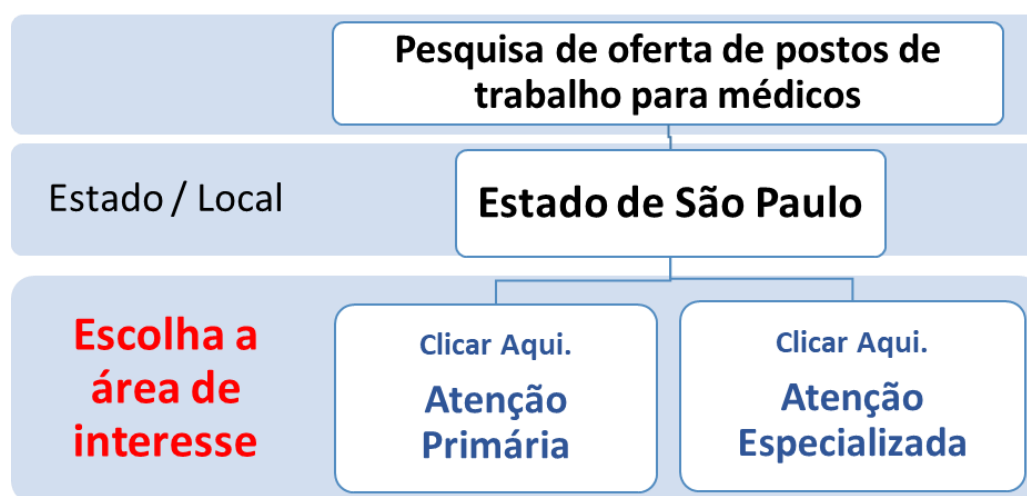
5.4. Estrutura visual do experimento

O instrumento de coleta de dados no estudo de preferência declarada é gerado a partir da aplicação do modelo matemático ao rol de atributos selecionados na etapa anterior, resultando na combinação desses atributos em diferentes conjuntos de alternativas possíveis que serão apresentadas aos participantes do estudo a fim de escolher qual delas seria mais atrativa. Recursos visuais podem ser desenvolvidos para ajudar a ilustrar os atributos de empregos (e.g. habitação), facilitando, assim a escolha entre as alternativas apresentadas. Nesse estudo foram utilizadas perguntas fechadas e cartelas com recursos visuais. O instrumento de preferência declarada para este estudo foi elaborado de forma a conter os cenários ocupacionais com as diferentes combinações dos atributos (alternativas) e seguindo a árvore de nós do modelo hierárquico. Além disso, haverá um elenco de perguntas sobre o perfil sócio demográfico dos respondentes, chamado de “atributos sociais”.

1ª escolha/nó: área de interesse

O experimento se inicia informado ao respondente que serão apresentados alguns cenários que representam uma oferta de trabalho hipotética, em serviços públicos de saúde de municípios do estado de São Paulo localizados nas seguintes regiões de Região Metropolitana de Campinas, Litoral Norte, Vale do Jurumirim, Itapeva e Vale do Ribeira.

Em primeiro lugar o respondente escolhe a área de atuação, considerando o seu interesse em trabalhar na **Atenção Primária** (em Unidades Básicas de Saúde como generalista, clínico ou médico de saúde da família), ou na **Atenção Especializada** (em hospitais e ambulatórios médicos de especialidades, como especialista).



2ª escolha/nó: Remuneração mensal/Regime de trabalho

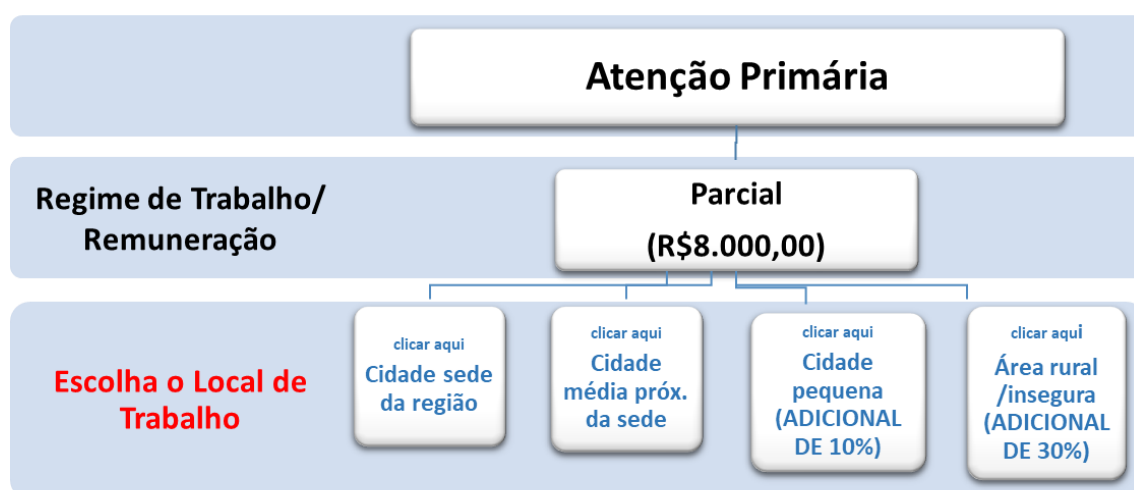
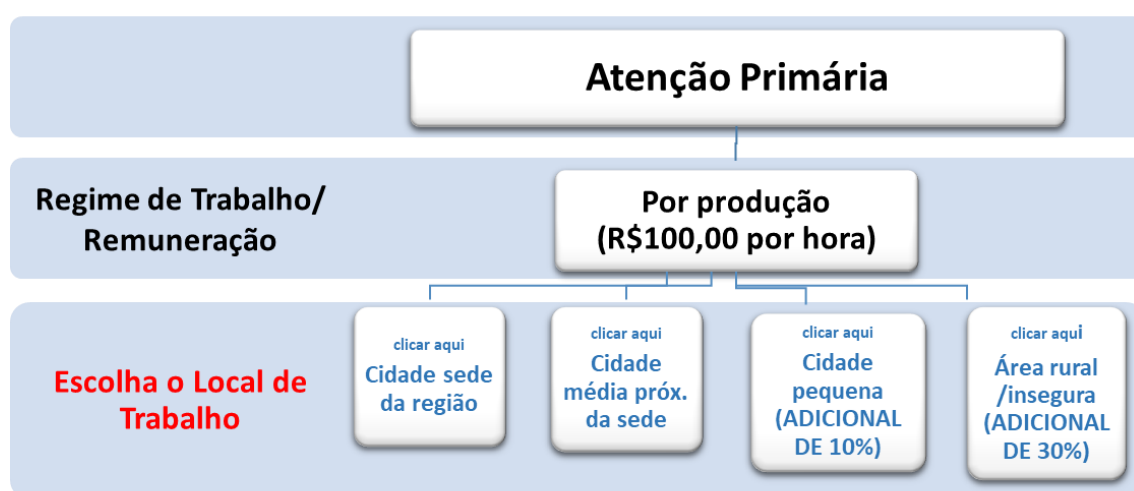
Em seguida o respondente escolhe o regime de trabalho de sua preferência, considerando que para cada tipo há uma remuneração correspondente. Os tipos disponíveis são: por produção com remuneração de R\$100,00 por hora, perfazendo um total de no máximo 48 horas semanais; parcial de 20 horas semanais com remuneração mensal; ou integral de 40 horas semanais com remuneração mensal. Os salários variam de acordo com a área de interesse escolhida no nó anterior.

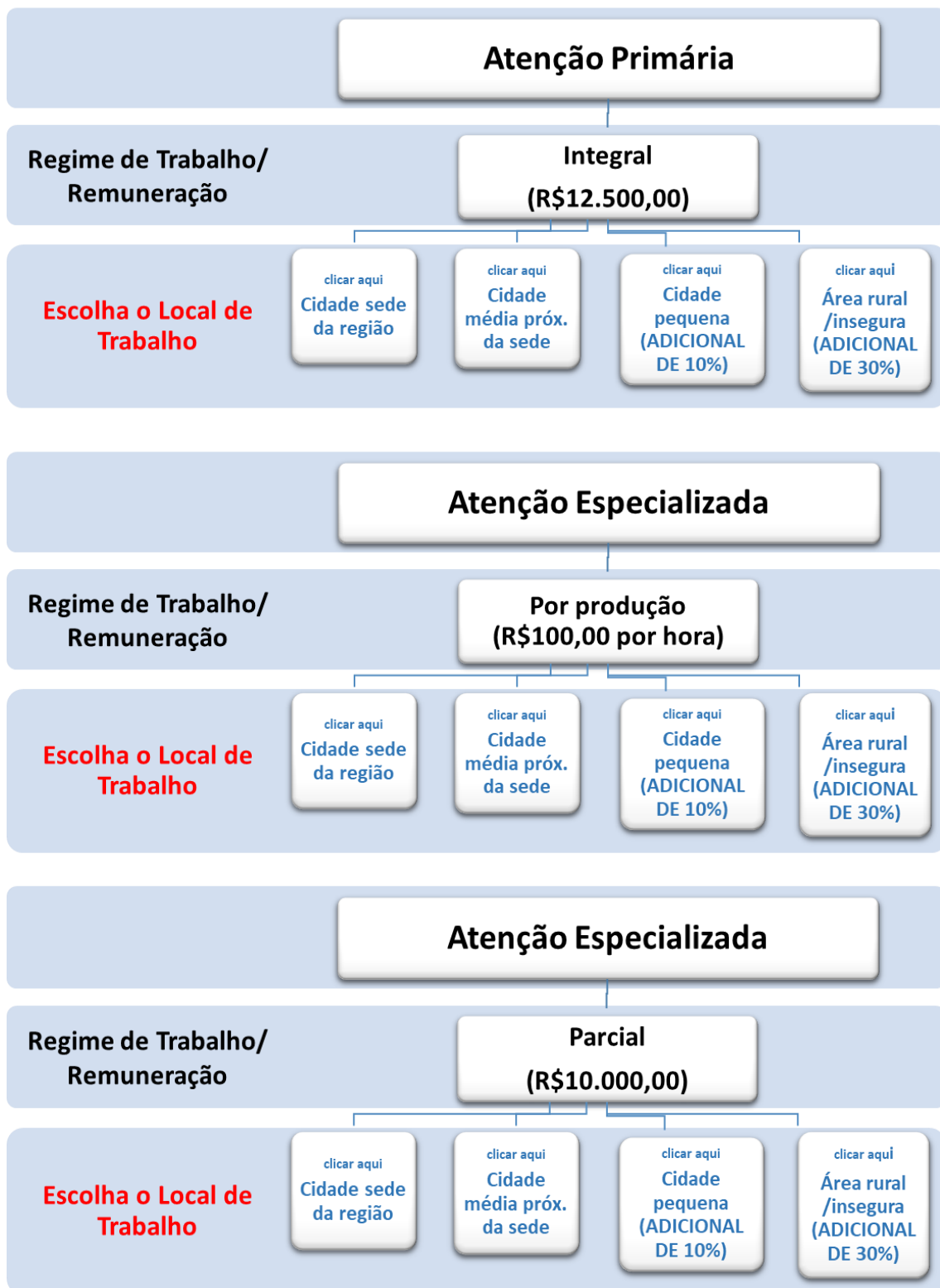


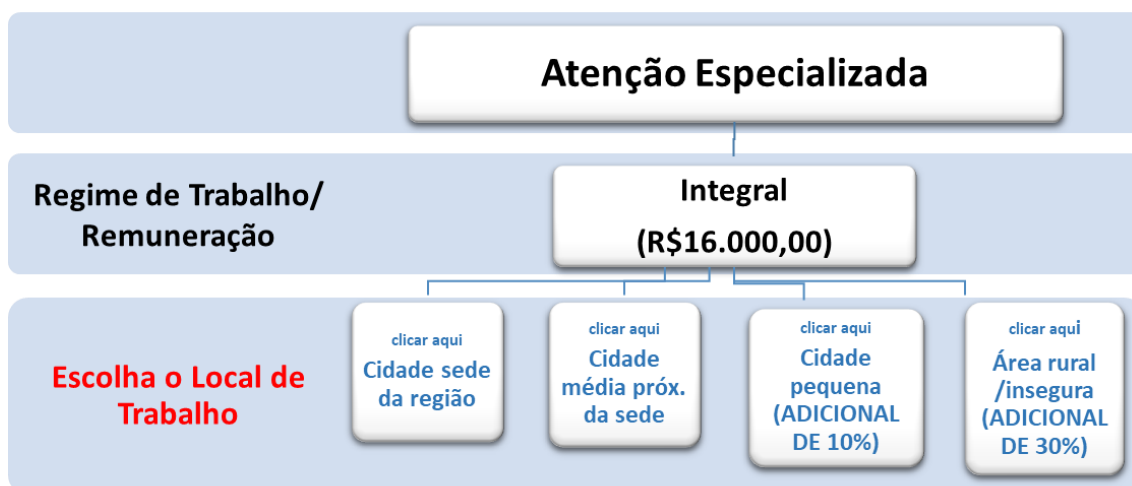
3ª escolha/nó: Localização do trabalho

Agora o respondente escolhe o local de interesse, que pode ser: um **município sede de região** (Campinas, Caraguatatuba, Avaré, Itapeva ou Registro); **município de pequeno ou médio porte** localizado próximo à sede da região; **município de pequeno porte distante**, localizado a mais de 100 km ou 1 hora e meia da sede; ou **área rural, ou remota com dificuldade de acesso ou área insegura**.

Caso sua escolha seja por um município de pequeno porte distante, fará jus a um **adicional de 10%** no valor da remuneração. E caso seja por uma área rural, ou remota com dificuldade de acesso ou área insegura, **adicional de 30%** no valor da remuneração.







Ordenação de alternativas (*rank*)

Para finalizar, considerando as escolhas do respondente nas etapas anteriores, solicita-se que este ordene alguns cartões que são apresentados com as combinações possíveis dos atributos de infraestrutura do local de trabalho e de acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos. A ordenação considera que a primeira opção de cartão representa o trabalho de maior interesse e a sexta opção o cartão de menor interesse.

Atributos sociais

Antes de finalizar a escolha, o respondente responderá as seguintes perguntas diretas:

1. Considerando o trabalho que você escolheu, qual seria sua preferência de vínculo?
 - a. Vínculo estável com a administração pública (estatutário/emprego público)
 - b. Contrato temporário com a administração pública (CTAP)
 - c. Sem vínculo com a administração pública (vínculo com OS, Filantrópica, Cooperativa, ou autônomo pessoa jurídica)
2. Considerando o trabalho que você escolheu, qual seria sua preferência de benefício adicional?
 - a. Apoio para participar de pós-graduação a distância (especialização à distância)
 - b. Acesso a rede de telessaúde
 - c. Apoio para participação em congressos/simpósios
 - d. Ajuda de custo para deslocamento
3. Qual o seu sexo?
 - a. Masculino.
 - b. Feminino.

4. É natural do Brasil?
 - a. Sim.
 - b. Não.
5. Se natural do Brasil, em qual estado nasceu?
6. Atualmente, mora em qual estado?
7. Qual sua idade?
 - a. Até 29 anos.
 - b. De 30 a 39 anos.
 - c. De 40 a 49 anos.
 - d. De 50 a 59 anos.
 - e. 60 anos ou mais.
8. Há quanto tempo você se formou em medicina?
 - a. Menos de 3 anos.
 - b. De 3 a 10 anos.
 - c. De 11 a 20 anos.
 - d. Mais de 20 anos.
9. Em qual estado se graduou em medicina?
10. Qual é o seu estado civil?
 - a. Solteiro/a.
 - b. Casado/a ou em união estável.
 - c. Separado/a, ou divorciado/a ou desquitado/a.
 - d. Viúvo/a.
11. Tem filhos?
 - a. Não.
 - b. Sim, com menos de 18 anos.
 - c. Sim, com 18 anos ou mais.
12. Atua em qual/quais especialidade/s?

5.5. Resultados

O experimento foi realizado na semana de 2 a 6 de outubro de 2017. Foram enviados e-mails para um cadastro de cerca de 22 mil profissionais, composto por médicos de todo o Brasil que se inscreveram em cursos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Além disso, cerca de 200 médicos que participaram da ETAC cederam seus contatos para participar dessa fase do estudo e também foram incluídos nesta lista. Ao todo 510 profissionais responderam ao experimento, sendo que 315 (61,8%) optaram pela Atenção Primária em Saúde e 195 (38,2%) optaram pela Atenção Especializada.

Os resultados são analisados em duas partes. A primeira corresponde ao perfil da amostra, relativo aos quesitos denominados de “atributos sociais”. A segunda é o resultado da aplicação do modelo logístico hierárquico para construção de funções utilidades, as quais permitem identificar a importância dos atributos e níveis e as probabilidades de escolha de diferentes cenários.

5.5.1 Perfil da amostra

Do total de respondentes, 52,7% são homens e 47,3% são mulheres, segundo a tabela 65. A principal faixa de idade está entre 30 e 39 anos, o correspondente a 42,9% do total. As faixas de 40 a 49 e de 50 a 59 também são significativas. Os mais jovens e os mais velhos estão pouco representados. A grande maioria é de nacionalidade brasileira, sendo que os estrangeiros somam 22,9%, o que se explica pela presença significativa de profissionais do Programa Mais Médicos (PMM) no cadastro da UNA-SUS. Seguindo a idade informada, a amostra é composta principalmente de profissionais com tempo de carreira de 3 a 10 anos e a presença de recém-formados é residual. A maioria é casada ou está em união estável, 69,4%. A maioria tem filhos, sendo que 41,6%, com menos de 18 anos, e 20%, com 18 anos e mais. A tabela 66 apresenta a distribuição da amostra segundo Unidade da Federação de nascimento, moradia e graduação. Do total de respondentes brasileiros, 19,3% nasceram no estado de São Paulo e 15% se graduaram no mesmo local. Considerando o total de respondentes, isto é, brasileiros e estrangeiros, 20,8% residem atualmente no estado.

Também foi perguntado a preferência por tipo de vínculo com a administração pública e a grande maioria, 87,5%, informou a vinculação estável, do tipo estatutário ou celetista. Sobre a preferência por benefício adicional, o mais referido foi o apoio para participar de espe-

cialização a distância (por 38,6%), seguido de apoio para participar de congressos (27,3%), ajuda de custo para deslocamento (24,1%) e acesso a rede de telessaúde (10%).

Tabela 65 – Perfil da amostra de respondentes do experimento. Brasil, 2017.

	n	%
Sexo		
Feminino	241	47,3
Masculino	269	52,7
Naturalidade		
Brasileira	393	77,1
Estrangeira	117	22,9
Idade		
Ate 29 anos	61	12,0
De 30 a 39 anos	219	42,9
De 40 a 49 anos	113	22,2
De 50 a 59 anos	94	18,4
Acima de 60 anos	23	4,5
Tempo de formação em Medicina		
Menos de 3 anos	16	3,1
De 3 a 10 anos	239	46,9
De 11 a 20 anos	109	21,4
Mais de 20 anos	146	28,6
Estado civil		
Solteiro/a	106	20,8
Casado/a ou em união estável	354	69,4
Separado/a, ou divorciado/a ou desquitado/a	50	9,8
Se tem filhos		
Não	196	38,4
Sim, com menos de 18 anos	212	41,6
Sim, com 18 anos ou mais	102	20,0
Preferência por tipo de vínculo com a administração pública		
Vínculo estável (estatutário/emprego público)	447	87,5
Contrato temporário (CTAP)	18	3,5
Sem vínculo (vínculo com OS, Filantrópica, Cooperativa, ou autônomo pessoa jurídica)	45	8,8
Preferência de benefício adicional		
Apoio para participar de especialização a distância	197	38,6
Apoio para participação em congressos/simpósios	139	27,3
Ajuda de custo para deslocamento	123	24,1
Acesso a rede de telessaúde	51	10,0

Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada.

Tabela 66 – Distribuição da amostra de respondentes do experimento segundo local de nascimento, moradia e graduação. Brasil, 2017.

UF	Nascimento		Moradia		Graduação	
	n	%	n	%	n	%
Rondônia	6	1,5	6	1,2	5	1,3
Acre	0	0,0	2	0,4	2	0,5
Amazonas	1	0,3	6	1,2	8	2,0
Roraima	0	0,0	6	1,2	0	0,0
Pará	12	3,1	10	2,0	11	2,8
Amapá	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tocantins	2	0,5	3	0,6	4	1,0
Maranhão	7	1,8	12	2,4	5	1,3
Piauí	6	1,5	5	1,0	4	1,0
Ceará	15	3,8	18	3,5	14	3,6
Rio Grande do Norte	9	2,3	7	1,4	9	2,3
Paraíba	9	2,3	8	1,6	13	3,3
Pernambuco	11	2,8	14	2,7	10	2,5
Sergipe	5	1,3	4	0,8	4	1,0
Alagoas	2	0,5	5	1,0	4	1,0
Bahia	21	5,3	28	5,5	14	3,6
Minas Gerais	78	19,8	87	17,1	70	17,8
Espírito Santo	7	1,8	10	2,0	9	2,3
Rio de Janeiro	44	11,2	42	8,2	54	13,7
São Paulo	76	19,3	106	20,8	59	15,0
Paraná	16	4,1	25	4,9	14	3,6
Rio Grande do Sul	32	8,1	40	7,8	38	9,7
Santa Catarina	12	3,1	31	6,1	15	3,8
Goiás	13	3,3	20	3,9	9	2,3
Mato Grosso	3	0,8	2	0,4	8	2,0
Mato Grosso do Sul	3	0,8	5	1,0	2	0,5
Distrito Federal	3	0,8	8	1,6	8	2,0
Total	393	100,0	510	100,0	393	100,0

Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada.

5.5.2 Resultado da análise do experimento

Dos resultados do experimento de preferência declarada foi possível construir a tabela 67 que representa a relação de importância dos atributos e níveis. Os dados numéricos constantes na tabela refletem os coeficientes dos níveis dos atributos na Função Utilidade¹⁹. Pode ser observado que a relação de importância do nível é refletida pela grandeza numérica: quanto maior o número, maior é a relevância dos níveis e atributos. Por exemplo, no atributo de regime de trabalho, o nível parcial de 20 horas é mais relevante do que o autônomo/por produção e o integral²⁰. Os atributos com valores mais altos foram infraestrutura do local de trabalho e acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos. Tal padrão se observa tanto entre os que optaram pela Atenção Primária, quanto entre os que optaram pela Atenção Especializada. Este é um resultado que se alinha com as expectativas tanto dos profissionais quanto dos agentes contratantes, como foi observado entre os entrevistados das ETAC e dos trabalhos de campo. Portanto, apareceram com maior relevância os itens relacionados às condições para realização do trabalho, inclusive em detrimento da remuneração.

¹⁹ Os coeficientes que compõem a Função Utilidade podem ser consultados no Apêndice F.

²⁰ Os valores guardam relação com os demais atributos e níveis, assim é possível a comparação inter e entre níveis dos atributos, só que essa relação não é linear.

Tabela 67 – Coeficientes da Função Utilidade por atributo e nível do experimento.

Atributos	Níveis	Geral	APS	AES
Regime de trabalho	Autônomo / por produção (R\$100,00/hora)	0	0	0
	Parcial 20 horas (salário de R\$8.000,00 na APS e R\$10.000,00 na AES)	1,0879	0,8405	1,4564
	Integral 40 horas (salário de R\$10.000,00 na APS e R\$16.000,00 na AES)	0,3765	0,5200	0
Local de trabalho	Área rural, ou Área remota e com dificuldades de acesso, ou em Áreas periféricas e inseguras (com adicional de 30%)	0	0	0
	Município pequeno distante (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia) (com adicional de 10%)	0,3161	0,2102	0,4917
	Município de pequeno ou médio porte próximo da sede da região	0,5381	0,1717	1,2331
	Município sede da região (Campinas, Itapeva, Registro, Avaré, Caraguatatuba)	0,8542	0,3819	1,7248
Infraestrutura do local de trabalho	Instalações e condições precárias	0	0	0
	Instalações razoáveis comum internet e wi-fi disponíveis	1,1847	0,9942	1,5566
	Adequada, Instalações modernas e confortáveis, acesso a recursos e meios de trabalho	1,8762	1,5621	2,4522
Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos	Muita Dificuldade de acesso	0	0	0
	Alguma dificuldade de acesso ou sujeito a restrições de normas, protocolos etc.	1,4885	1,3098	1,8531
	Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo	2,5378	2,2692	3,0459

Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada.

Os valores dos coeficientes guardam relação com os demais atributos e níveis, assim é possível a comparação inter e entre níveis dos atributos, só que essa relação não é linear. Para melhor entendimento da relação entre os níveis e atributos, foram construídas as tabelas 68, 69 e 70, nas quais os coeficientes foram convertidos em probabilidades de escolhas refletindo numa interpretação linear, onde o percentual atribuído aos atributos guardam relação entre si. Já o percentual atribuído ao nível reflete a porcentagem considerada dentro do atributo. Os percentuais atribuídos pela multiplicação das probabilidades do atributo pelo nível reflete a escolha no experimento como um todo.

Considerando o total da amostra, isto é, sem discriminar os respondentes segundo a área de interesse (atenção primária ou especializada), verificamos que o atributo com maior probabilidade de escolha é o “Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo”, do atributo “Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos” (tabela 68). O nível em questão representa 31,08% da probabilidade de escolha por um trabalho. Também aparece com relevância a “Infraestrutura do local de trabalho adequada” (16,03%). Observa-se que a probabilidade de escolha de um município sede de região é 21% maior do que a escolha de uma área rural/com dificuldade de acesso/periférica e insegura. Nesse sentido, o adicional de 30% no salário, oferecido para estas áreas, não foi um atrativo suficiente para influenciar a escolha dos médicos. Por outro lado, a comparação entre um município pequeno distante (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia) e um município de pequeno ou médio porte próximo da sede da região guardam entre si a igualdade estatística de probabilidade. Neste caso, o adicional de 10% oferecido para os municípios distantes se mostrou atrativo em comparação aos municípios próximos à sede. Nota-se ainda, em relação ao regime de trabalho, que a escolha por um regime parcial com salários de R\$8.000,00 na APS e R\$10.000,00 na AES, representa uma probabilidade muito maior do que o regime por produção com remuneração de R\$100,00 por hora e o regime integral com salários de R\$12.500,00 na APS e R\$16.000,00 na AES. Com efeito, estes dois últimos estão muito próximos estatisticamente, destacando que a escolha de vínculos parciais se sobrepõe a qualquer outro formato.

Os resultados separados das subamostras, isto é, entre os que optaram pela APS (tabela 69) e os que optaram pela AES (tabela 70), mostram que o padrão de escolha é semelhante. Na comparação entre os atributos e níveis, aqueles que se mostraram mais ou menos relevantes são os mesmos nos dois grupos. Entretanto, há uma diferença no que se refere a magnitude dos valores. Entre os médicos que escolheram o trabalho em serviços especializados (AME e hospital), as probabilidades relacionadas à ausência de dificuldade no acesso a recursos diagnósticos, terapêuticos e encaminhamentos, à infraestrutura adequada e ao município sede da região são maiores do que entre os médicos que escolheram o trabalho em Unidades Básicas de Saúde. Tal resultado é esperado, na medida em que a atenção especializada tende a se localizar mais próxima às sedes da região e são mais dependentes de recursos e infraestrutura.

Tabela 68 – Probabilidade de relevância dos atributos e níveis considerando a totalidade da amostra.

Atributos	Níveis	Probabilidade de escolha		
		Atributo	Nível	Atributo X Nível
Regime de trabalho	Autônomo / por produção (R\$100,00/hora)	13,3%	18,4%	2,45%
	Parcial 20 horas (salário de R\$8.000,00 na APS e R\$10.000,00 na AES)		54,7%	7,28%
	Integral 40 horas (salário de R\$12.500,00 na APS e R\$16.000,00 na AES)		26,9%	3,58%
Local de trabalho	Área rural, ou Área remota e com dificuldades de acesso, ou em Áreas periféricas e inseguras (com adicional de 30%)	15,8%	15,5%	2,45%
	Município pequeno distante (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia) (com adicional de 10%)		21,3%	3,37%
	Município de pequeno ou médio porte próximo da sede da região		26,6%	4,20%
	Município sede da região (Campinas, Itapeva, Registro, Avaré, Caraguatatuba)		36,5%	5,77%
Infraestrutura do local de trabalho razoável	Instalações e condições precárias	26,5%	9,3%	2,46%
	Instalações razoáveis comum internet e wi-fi disponíveis		30,3%	8,03%
	Adequada, Instalações modernas e confortáveis, acesso a recursos e meios de trabalho		60,5%	16,03%
Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos	Muita Dificuldade de acesso	44,4%	5,5%	2,44%
	Alguma dificuldade de acesso ou sujeito a restrições de normas, protocolos etc.		24,5%	10,88%
	Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo		70,0%	31,08%

Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada.

Tabela 69 – Probabilidade de relevância dos atributos e níveis considerando os médicos da amostra que optaram pela Atenção Primária em Saúde.

Atributos	Níveis	Probabilidade de escolha		
		Atributo	Nível	Atributo X Nível
Regime de trabalho	Autônomo / por produção (R\$100,00/hora)	15,3%	20,0%	3,06%
	Parcial 20 horas salário de R\$8.000,00		46,4%	7,10%
	Integral 40 horas salário de R\$12.500,00		33,6%	5,14%
Local de trabalho	Área rural, ou Área remota e com dificuldades de acesso, ou em Áreas periféricas e inseguras (com adicional de 30%)	14,9%	20,5%	3,05%
	Município pequeno distante (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia) (com adicional de 10%)		25,3%	3,77%
	Município de pequeno ou médio porte próximo da sede da região		24,3%	3,62%
	Município sede da região (Campinas, Itapeva, Registro, Avaré, Caraguatatu-ba)		30,0%	4,47%
Infraestrutura do local de trabalho razoável	Instalações e condições precárias	25,9%	11,8%	3,06%
	Instalações razoáveis comum internet e wi-fi disponíveis		31,9%	8,26%
	Adequada, Instalações modernas e confortáveis, acesso a recursos e meios de trabalho		56,3%	14,58%
Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos	Muita Dificuldade de acesso	43,9%	7,0%	3,07%
	Alguma dificuldade de acesso ou sujeito a restrições de normas, protocolos etc.		25,8%	11,33%
	Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo		67,2%	29,50%

Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada.

Tabela 70 – Probabilidade de relevância dos atributos e níveis considerando os médicos da amostra que optaram pela Atenção Especializada em Saúde.

Atributos	Níveis	Probabilidade de escolha		
		Atributo	Nível	Atributo X Nível
Regime de trabalho	Autônomo / por produção (R\$100,00/hora)	9,9%	15,9%	1,57%
	Parcial 20 horas (salário de R\$10.000,00)		68,2%	6,75%
	Integral 40 horas (salário de R\$16.000,00)		15,9%	1,57%
Local de trabalho	Área rural, ou Área remota e com dificuldades de acesso, ou em Áreas periféricas e inseguras (com adicional de 30%)	18,3%	8,6%	1,57%
	Município pequeno distante (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia) (com adicional de 10%)		14,0%	2,56%
	Município de pequeno ou médio porte próximo da sede da região		29,4%	5,38%
	Município sede da região (Campinas, Itapeva, Registro, Avaré, Caraguatatu-ba)		48,0%	8,78%
Infraestrutura do local de trabalho razoável	Instalações e condições precárias	27,2%	5,8%	1,58%
	Instalações razoáveis comum internet e wi-fi disponíveis		27,3%	7,43%
	Adequada, Instalações modernas e confortáveis, acesso a recursos e meios de trabalho		66,9%	18,20%
Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos	Muita Dificuldade de acesso	44,6%	3,5%	1,56%
	Alguma dificuldade de acesso ou sujeito a restrições de normas, protocolos etc.		22,5%	10,04%
	Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo		74%	33,00%

Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada.

5.5.3 Exemplos de trade-off

Em posse das probabilidades apresentadas no tópico anterior, foram desenhados cenários de intervenção combinando atributos e níveis que possam aumentar a probabilidade de escolha de cenários de maior interesse para a atração de profissionais, como as situações de ruralidade e insegurança e ou de falta de recursos físicos e de acesso a rede de encaminhamentos, por exemplo. As tabelas 71 e 72 e as figuras 2 e 3 apresentam dois exemplos, com respectivas possibilidades de troca (*trade-offs*) entre os atributos. Nesse sentido, parte-se de um cenário que simula uma situação real e em seguida são realizadas alterações nos níveis dos atributos a fim de verificar os ganhos em termos de atratividade de médicos. Tais alterações explicitam possíveis linhas de intervenção pública, ou seja, em que medida a promoção de determinada estratégia otimizaria o cenário de atração e fixação de profissionais para atuarem nos serviços de saúde pretendidos (UBS, AME e hospitais).

Cenário 1: posto de trabalho na Atenção Primária em Saúde, localizado em área rural, ou área remota e com dificuldades de acesso, ou em área periférica e insegura, sob regime de trabalho integral de 40 horas semanais, salário base de R\$12.500,00 e adicional de 30%, perfazendo um total de R\$16.250,00. A infraestrutura do local de trabalho tem instalações e condições precárias e há muita dificuldade de acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos.

Observações (tabela 71):

- 1) Em tais condições, a probabilidade de escolha deste posto de trabalho é muito baixa. Como demonstrado anteriormente, o adicional de 30% não foi considerado atrativo entre os respondentes. Não obstante, sugere-se a intervenção pública nos aspectos de infraestrutura e acesso a recursos e encaminhamentos, que tiveram os maiores pesos na escolha.
- 2) Mantendo-se o regime de trabalho, mas melhorando as condições de trabalho para níveis intermediários (infraestrutura com instalações razoáveis comuns, com internet e wi-fi disponíveis; e alguma dificuldade de acesso a recursos e encaminhamentos ou sujeito a restrições de normas, protocolos etc.), tem-se 0,93 (*odds ratio*) a mais de chance da localidade em questão ser escolhida.
- 3) Se houver satisfação plena dos itens de infraestrutura e acesso a recursos e encaminhamentos, tem-se 2,63 a mais de chance da localidade ser escolhida.

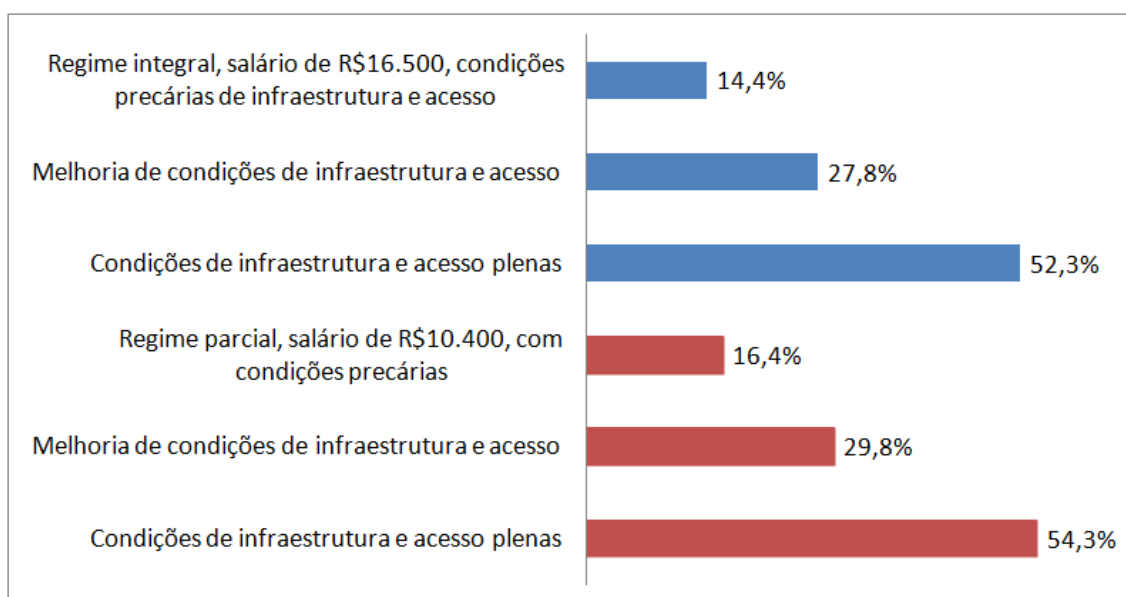
- 4) Nas possibilidades em que se altera o regime de trabalho para parcial de 20 horas, com salário de R\$10.400,00 (já com adicional de 30%), tem-se chances muito semelhantes. Mantendo-se os mesmos níveis de condições de trabalho do cenário inicial, este tipo de regime ofereceria apenas 0,14 a mais de chance. Oferecendo condições intermediárias de infraestrutura e acesso, a chance é 1,07 maior, ao passo que oferecendo condições plenas (ótimas), a chance é 2,77 maior.
- 5) Note-se que não há muita diferença entre os regimes integral e parcial no cenário simulado, embora este último seja mais atrativo se considerarmos a análise geral do experimento. Ainda assim, e desde que sejam atendidas as condições de trabalho de infraestrutura e acesso, sugere-se a manutenção do regime integral em determinadas situações, sobretudo quando existir uma demanda efetiva por 40 horas de trabalho, afinal, se o regime a ser adotado for o parcial, seriam necessários dois profissionais para cobrir tal demanda.

Tabela 71 – Probabilidades de escolha de trabalho na Atenção Primária em Saúde em área rural, ou área remota e com dificuldades de acesso, ou em áreas periféricas e inseguras e cenários de *trade-offs*.

Atributos	Níveis	Ref.	Integral 40 horas (R\$16.250,00)*			Parcial 20 horas (R\$10.400,00)*		
	Infraestrutura e acesso a recursos		Precário	Intermediário	Ótimo	Precário	Intermediário	Ótimo
Regime de trabalho	Autônomo / por produção (R\$100,00/hora)	3,1%						
	Parcial 20 horas salário de R\$8.000,00	7,1%				7,1%	7,1%	7,1%
	Integral 40 horas salário de R\$12.500,00	5,1%	5,1%	5,1%	5,1%			
Local de trabalho	Área rural, ou Área remota e com dificuldades de acesso, ou em Áreas periféricas e inseguras (com adicional de 30%)	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%	3,1%
Infraestrutura do local de trabalho	Instalações e condições precárias	3,1%	3,1%			3,1%		
	Instalações razoáveis comuns, com internet e wi-fi disponíveis	8,3%		8,3%			8,3%	
	Adequada, Instalações modernas e confortáveis, acesso a recursos e meios de trabalho	14,6%			14,6%			14,6%
Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos	Muita Dificuldade de acesso	3,1%	3,1%			3,1%		
	Alguma dificuldade de acesso ou sujeito a restrições de normas, protocolos etc.	11,3%		11,3%			11,3%	
	Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo	29,5%			29,5%			29,5%
		88,1%	14,4%	27,8%	52,3%	16,4%	29,8%	54,3%
Odds Ratio			1	1,93	3,63	1,14	2,07	3,77

Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada. *Valor da remuneração com 30% de adicional.

Figura 2 – Resumo das probabilidades de escolha e cenários de *trade-offs* da tabela 71.



Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada.

Cenário 2: posto de trabalho na Atenção Especializada de Saúde, localizado em município pequeno distante da sede regional (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia), sob regime de trabalho autônomo/por produção, remuneração de R\$100,00 por hora e adicional de 10%, perfazendo um total de R\$110,00 por hora. A infraestrutura do local de trabalho tem instalações e condições precárias e há muita dificuldade de acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos.

Observações (tabela 72):

- 1) No caso da atenção especializada, um trabalho com condições precárias de infraestrutura e acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos, tem pouca probabilidade de ser escolhido em qualquer localidade, mas principalmente em áreas que não estejam próximas as sedes regionais ou nas próprias sedes. Nesse sentido, a possibilidade de interiorização desse serviço está fortemente dependente das condições de trabalho.
- 2) Mantendo-se o regime autônomo e melhorando as condições para níveis intermediários, tem-se 1,97 a mais de chance de municípios distantes da sede serem escolhidos. Se houver satisfação plena dos itens de infraestrutura e acesso a recursos e encaminhamentos, tem-se 6,61 a mais de chance da localidade ser escolhida. Note-se que a questão da distância se torna irrelevante em um contexto favorável à realização plena

do trabalho. Ressalta-se, porém, que cerca de um quarto da amostra afirmou preferir ajuda de custo para deslocamento como um tipo de benefício adicional, o que poderia se configurar como mais um tipo de atrativo.

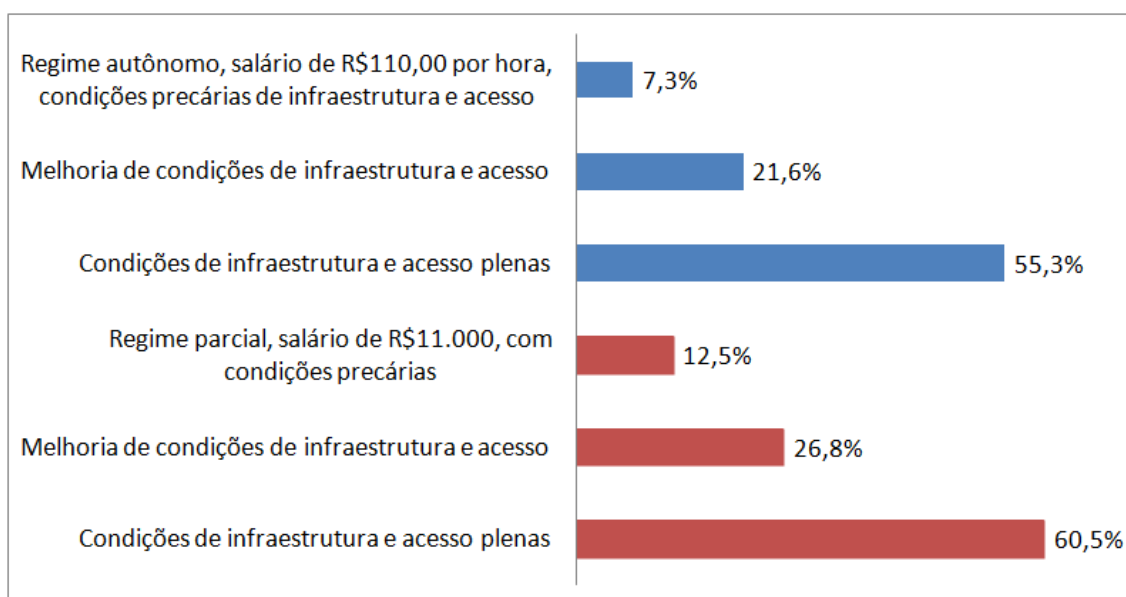
- 3) Nas possibilidade em que se altera o regime de trabalho para parcial de 20 horas, com salário de R\$11.000,00 (já com adicional de 10%), as chances são ainda maiores. Mantendo-se os mesmos níveis de condições de trabalho do cenário inicial, este tipo de regime ofereceria 0,71 a mais de chance. Oferecendo condições intermediárias de infraestrutura e acesso a chance passa para 3,68; e condições plenas (ótimas), para 7,32. Tendo em vista que a grande maioria da amostra demonstrou preferência por trabalho estável com a administração pública (estatutário ou celetista), recomenda-se a utilização de regime parcial, combinado com condições plenas, comparativamente ao regime autônomo.

Tabela 72 – Probabilidades de escolha de trabalho na Atenção Especializada em Saúde em município pequeno distante (mais de 100km ou mais de uma hora e meia da sede da região) e cenários de *trade-offs*.

Atributos	Níveis	Ref.	Autônomo (R\$110,00/hora)*			Parcial 20 horas (R\$11.000,00)*		
			Precário	Intermediário	Ótimo	Precário	Intermediário	Ótimo
Regime de trabalho	Autônomo / por produção (R\$100,00/hora)	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%			
	Parcial 20 horas (salário de R\$10.000,00)	6,8%				6,8%	6,8%	6,8%
	Integral 40 horas (salário de R\$16.000,00)	1,6%						
Local de trabalho	Município pequeno distante (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia) (com adicional de 10%)	2,6%	2,6%	2,6%	2,6%	2,6%	2,6%	2,6%
Infraestrutura do local de trabalho razoável	Instalações e condições precárias	1,6%	1,6%			1,6%		
	Instalações razoáveis comum internet e wi-fi disponíveis	7,4%		7,4%			7,4%	
	Adequada, Instalações modernas e confortáveis, acesso a recursos e meios de trabalho	18,2%			18,2%			18,2%
Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos	Muita Dificuldade de acesso	1,6%	1,6%			1,6%		
	Alguma dificuldade de acesso ou sujeito a restrições de normas, protocolos etc.	10,0%		10,0%			10,0%	
	Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo	33,0%			33,0%			33,0%
		84,3%	7,3%	21,6%	55,3%	12,5%	26,8%	60,5%
Odds Ratio			1	2,97	7,61	1,71	3,68	8,32

Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada. * Valor da remuneração com 10% de adicional.

Figura 3 – Resumo das probabilidades de escolha e cenários de *trade-offs* da tabela 72.



Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada.

5.5.4 Comparações segundo perfil dos participantes

Foi realizada uma análise comparativa entre diferentes perfis da amostra. A análise foi feita por meio do Software LMPC em cada conjunto de dados e calculado as probabilidades que cada nível, de cada atributo, contribui para o universo de escolhas (100%). Esse percentual traduz a relevância do quesito no processo de escolha. As diferenças mínimas significativas entre os valores foi considerado aos níveis de 95% e 99% de probabilidades.

Residentes em SP versus Residentes no restante do país

Foi selecionado os respondentes que assinalaram residência em São Paulo constituindo-se em um grupo, bem como os que declararam residir em outros estados.

Observações:

- 1) No atributo **regime de trabalho** os dados demonstram que não há diferenças de escolhas entre os residentes em São Paulo e de outros Estados;
- 2) No atributo **local de trabalho** os dados demonstram que há diferença significativa: os moradores de São Paulo têm maior preferência pelos municípios sede das regiões – Campinas, Itapeva, Registro, Avaré, Caraguatatuba (probabilidade de 8,5% contra 5%).

- 3) No atributo **Infraestrutura** também há diferença significativa: os moradores de outros Estados têm maior preferência por infraestrutura adequada, instalações modernas e confortáveis, acesso a recursos e meios de trabalho (16,5% contra 11,8%);
- 4) No atributo **Acesso a recursos** os dados demonstram que há diferença significativa: os moradores de São Paulo têm maior preferência por acesso de bom a ótimo, sem dificuldade (40,1% contra 28,4%).

Tabela 73 – Comparação das probabilidades de escolha entre residentes no estado de São Paulo e residentes em outros estados.

Atributos	Níveis	São Paulo	Outros Estados	Dif.
Regime de trabalho	Autônomo / por produção (R\$100,00/hora)	1,5%	2,6%	NS
	Parcial 20 horas (salário de R\$8.000,00 na APS e R\$10.000,00 na AES)	6,2%	7,1%	NS
	Integral 40 horas (salário de R\$12.500,00 na APS e R\$16.000,00 na AES)	1,8%	4,0%	NS
Local de trabalho	Área rural, ou Área remota e com dificuldades de acesso, ou em Áreas periféricas e inseguras (com adicional de 30%)	1,5%	2,6%	NS
	Município pequeno distante (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia) (com adicional de 10%)	3,0%	3,3%	NS
	Município de pequeno ou médio porte próximo da sede da região	4,5%	4,0%	NS
	Município sede da região (Campinas, Itapeva, Registro, Avaré, Caraguatatuba)	8,5%	5,0%	(*)
Infraestrutura do local de trabalho razoável	Instalações e condições precárias	1,5%	2,6%	NS
	Instalações razoáveis comum internet e wi-fi disponíveis	6,0%	8,2%	NS
	Adequada, Instalações modernas e confortáveis, acesso a recursos e meios de trabalho	11,8%	16,5%	(*)
Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos	Muita Dificuldade de acesso	1,5%	2,6%	NS
	Alguma dificuldade de acesso ou sujeito a restrições de normas, protocolos etc.	11,9%	10,2%	NS
	Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo	40,1%	28,4%	(**)

Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada.

(*) - Diferença significativa entre os dados com 95% de probabilidade (dif > 2,49%);

(**) - Diferença significativa entre os dados com 99% de probabilidade (dif > 4,5%);

NS – Não existe diferença significativa entre os dados.

Comparação entre homens e mulheres

De modo análogo foi realizada a análise comparativa entre homens e mulheres.

Observações:

- 1) No atributo **regime de trabalho** os dados demonstram que há diferença significativa de escolhas: as mulheres têm maior preferência pelo regime de trabalho parcial 20 horas (probabilidades de 9,2% contra 6,0%);
- 2) No atributo **local de trabalho** os dados demonstram que NÃO há diferenças significativas nas escolhas entre homens e mulheres;
- 3) No atributo **Infraestrutura** os dados demonstram que NÃO há diferenças significativas na escolhas entre homens e mulheres;
- 4) No atributo **Acesso a recursos** os dados demonstram que há diferença significativa: as mulheres têm maior preferência têm maior preferência por acesso de bom a ótimo, sem dificuldade (32,3% contra 29,8%).

Tabela 74 – Comparação das probabilidades de escolha entre homens e mulheres.

Atributos	Níveis	Homens	Mulheres	Dif.
Regime de trabalho	Autônomo / por produção (R\$100,00/hora)	2,9%	2,0%	NS
	Parcial 20 horas (salário de R\$8.000,00 na APS e R\$10.000,00 na AES)	6,0%	9,2%	(*)
	Integral 40 horas (salário de R\$12.500,00 na APS e R\$16.000,00 na AES)	3,8%	3,5%	NS
Local de trabalho	Área rural, ou Área remota e com dificuldades de acesso, ou em Áreas periféricas e inseguras (com adicional de 30%)	2,9%	2,0%	NS
	Município pequeno distante (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia) (com adicional de 10%)	3,8%	2,8%	NS
	Município de pequeno ou médio porte próximo da sede da região	4,0%	4,3%	NS
	Município sede da região (Campinas, Itapeva, Registro, Avaré, Caragatatuba)	5,4%	6,1%	NS
Infraestrutura do local de trabalho razoável	Instalações e condições precárias	2,9%	2,0%	NS
	Instalações razoáveis comum internet e wi-fi disponíveis	8,8%	7,2%	NS
	Adequada, Instalações modernas e confortáveis, acesso a recursos e meios de trabalho	16,0%	15,8%	NS
Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos	Muita Dificuldade de acesso	2,9%	2,0%	NS
	Alguma dificuldade de acesso ou sujeito a restrições de normas, protocolos etc.	10,9%	10,9%	NS
	Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo	29,8%	32,3%	(*)

Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada.

(*) - Diferença significativa entre os dados com 95% de probabilidade (dif > 2,49%);

(**) - Diferença significativa entre os dados com 99% de probabilidade (dif > 4,5%);

NS – Não existe diferença significativa entre os dados.

Médicos no início da carreira versus em estágio avançado

De modo análogo foi realizada a análise entre recém formados e antigos.

Observações:

- 1) No atributo **regime de trabalho** os dados demonstram que há diferença significativa de escolhas: o médicos em estágio avançado da carreira têm maior preferência por regime integral de 40 horas (probabilidades de 5,4% contra 2,2%) e por regime parcial de 20 horas (8,6% contra 6%);
- 2) No atributo **local de trabalho** os dados demonstram que NÃO há diferenças significativas;
- 3) No atributo **Infraestrutura** os dados demonstram que NÃO há diferenças significativas;
- 4) No atributo **Acesso a recursos** os dados demonstram que há diferença significativa: os médicos recém formados tem preferência pelo Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos: Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo.

Tabela 75 – Comparação das probabilidades de escolha entre médicos no início da carreira e médicos em estágio avançado.

Atributos	Níveis	Início	Avançado	Dif.
Regime de trabalho	Autônomo / por produção (R\$100,00/hora)	2,2%	2,6%	NS
	Parcial 20 horas (salário de R\$8.000,00 na APS e R\$10.000,00 na AES)	6,0%	8,6%	(*)
	Integral 40 horas (salário de R\$12.500,00 na APS e R\$16.000,00 na AES)	2,2%	5,4%	(*)
Local de trabalho	Área rural, ou Área remota e com dificuldades de acesso, ou em Áreas periféricas e inseguras (com adicional de 30%)	2,2%	2,6%	NS
	Município pequeno distante (mais de 100 km ou mais de uma hora e meia) (com adicional de 10%)	2,9%	3,8%	NS
	Município de pequeno ou médio porte próximo da sede da região	3,6%	4,6%	NS
	Município sede da região (Campinas, Itapeva, Registro, Avaré, Caraguatatuba)	4,8%	6,7%	NS
Infraestrutura do local de trabalho razoável	Instalações e condições precárias	2,2%	2,6%	NS
	Instalações razoáveis comum internet e wi-fi disponíveis	7,5%	8,4%	NS
	Adequada, Instalações modernas e confortáveis, acesso a recursos e meios de trabalho	15,4%	16,4%	NS
Acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos	Muita Dificuldade de acesso	2,2%	2,6%	NS
	Alguma dificuldade de acesso ou sujeito a restrições de normas, protocolos etc.	11,6%	9,9%	NS
	Sem dificuldade, acesso de bom a ótimo	37,2%	25,7%	(**)

Fonte: elaboração própria a partir do experimento de preferência declarada.

Legenda:

(*) - Diferença significativa entre os dados com 95% de probabilidade (dif > 2,49%);

(**) - Diferença significativa entre os dados com 99% de probabilidade (dif > 4,5%);

NS – Não existe diferença significativa entre os dados.

6. Elementos para modelagem institucional: modelos jurídico-institucionais

6.1. Diretrizes da organização da administração pública e modelos jurídico-institucionais dos serviços públicos de saúde

De acordo com a Constituição Federal, o exercício do Poder Executivo incumbe ao Presidente da República, aos governadores e prefeitos, cada qual em sua esfera de governo, auxiliados por seus ministros ou secretários (CF. art. 74); o que significa que, em princípio, cabe aos órgãos da Administração Pública Direta do Governo Federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios executarem as políticas públicas, em suas respectivas áreas de atuação.

A descentralização de competências para entidades da administração indireta, dotadas de personalidade jurídica própria e independência administrativa, financeira e patrimonial em relação à administração direta é possível, mediante lei ou autorização legal específica, quando o objetivo for o de favorecer a especialização no desenvolvimento de determinada atividade ou serviço público, de forma a ampliar a qualidade de suas especificações técnicas e o grau de alcance da ação estatal, conforme Decreto-Lei nº 200, de 1967 (CONASS, 2015, p.15).

Segundo dispõe cartilha sobre “Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde”, publicada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2015, p.15):

A descentralização implica a delegação de competências públicas da administração direta para entidades públicas dotadas de personalidade jurídica própria, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, a decisão de quando e como descentralizar cabe, privativamente, ao Chefe do Poder Executivo²¹. Somente a ele competem o julgamento final e a proposição legislativa de delegar competências da administração direta a uma entidade pública da administração indireta, mediante descentralização, assim como a proposição da personalidade jurídica que essas competências irão assumir – medidas que precisarão ser convalidadas pelo Parlamento para ter efeito.

Importante destacar que, na forma do inciso II do art. 84 da Constituição, o exercício das funções de direção superior da administração pública é privativo dos órgãos da administração direta, não podendo ser descentralizado para a administração indireta.

A Cartilha do CONASS, anteriormente mencionada, elenca alguns fatores que ,devem ser considerados na decisão de descentralizar (2015, p.16):

²¹ Art. 11 e 12 do Decreto Lei 200 de 25/02/67 “A delegação de competência será utilizada como instrumento de descentralização administrativa, com o objetivo de assegurar maior rapidez e objetividade às decisões, situando-as na proximidade dos fatos, pessoas ou problemas a atender. É facultado ao Presidente da República, aos Ministros de Estado e, em geral, às autoridades da Administração Federal delegar competência para a prática de atos administrativos, conforme se dispuser em regulamento”.

- a) a necessidade de descentralizar o serviço ou a atividade para ampliar o impacto positivo da ação estatal no contexto social, político e econômico;
- b) a capacidade de descentralizar, tendo em vista a importância de a administração direta não perder, no processo, capacidade de coordenação política e supervisão administrativa, na sua área de competência;
- c) a natureza da atividade, se privativa ou não privativa, se voltada à área econômica ou direcionada a fins sociais e os controles legais e normativos aplicáveis (regime administrativo);
- d) a existência de forças políticas que possam dar sustentação à proposta do Poder Executivo perante o Poder Legislativo;
- e) a capacidade de governança e governabilidade do Poder Executivo e os instrumentos disponíveis para que a descentralização de competências não represente perda de controle e de capacidade estatal em prol de interesses privados – ou seja, o risco de captura dos interesses públicos por privados;
- f) o grau de organização e preparo das forças políticas sociais para o exercício do controle social, ou seja, o nível de cidadania e de representação política das partes interessadas na atividade estatal a ser descentralizada, capaz de influenciar nos processos de formulação, avaliação e controle das políticas públicas;
- g) a capacidade financeira do Poder Público de arcar com os custos da descentralização;
- e
- h) a capacidade técnica de coordenar e supervisionar a atividade da entidade descentralizada, com foco em resultado.

Ressalta o CONASS (2015, p.17 e 18) que não há como determinar um modelo jurídico-institucional ideal para a prestação de serviços públicos de saúde, visto que alternativas adequadas para determinadas situações podem ser inadequadas em outras. A melhor alternativa deve ser identificada caso a caso, a partir da análise das condições políticas, econômicas, culturais do ente federativo e da sua capacidade de gestão e operação do modelo. Por isso, é fundamental compreender as formas jurídico-institucionais da Administração Pública e os formatos de colaboração e contratação com a sociedade e o mercado, a partir dos institutos jurídicos que sustentam o Direito Público e que têm suas bases na Constituição Federal, antes de escolher qual ou quais adotar.

Taxonomia das formas jurídico-institucionais da gestão pública

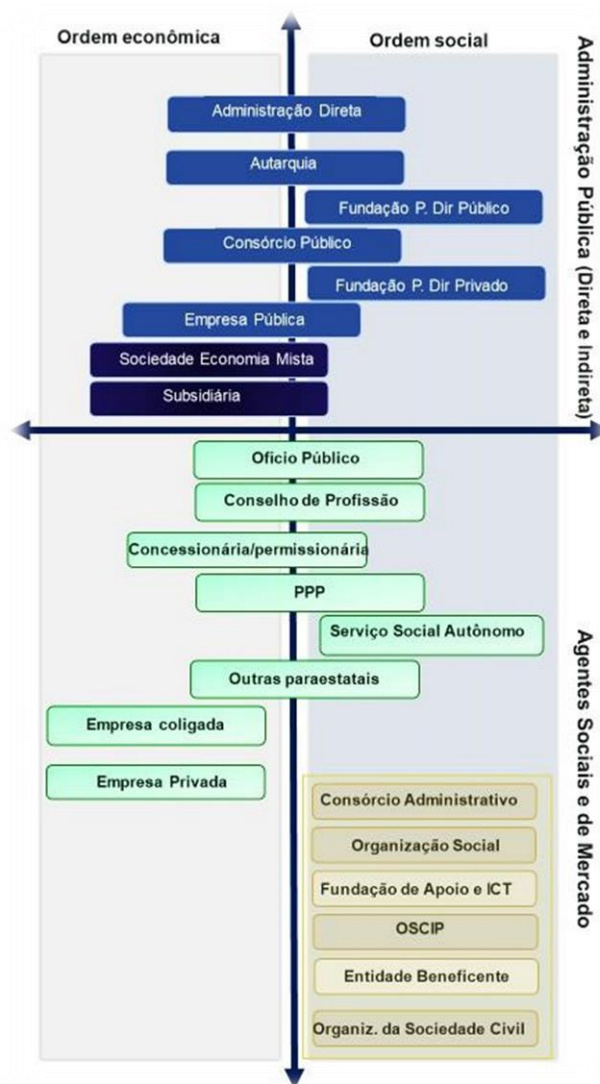
O modelo taxonômico de organização e representação gráfica dos diversos modelos jurídico-administrativos de atuação do Poder Executivo desenvolvido por SALGADO & GIRARDI (2011) tem demonstrado grande utilidade nos processos de análise e decisão sobre a necessidade e a oportunidade de descentralizar determinadas competências públicas e sobre a forma jurídica a ser adotada.

Esse modelo taxonômico está fundamentado nas disposições constitucionais, legais e normativas vigentes, representado em um espaço cartesiano em forma de *continuum*; ao qual os autores denominaram “Gradiente de formas jurídico-institucionais de atuação da administração pública”, conforme figura 4. A representação gráfica do Gradiente em dois eixos, utiliza-se da seguinte lógica:

- a) o eixo das abscissas (eixo horizontal) separa os modelos de atuação estatal próprios para a regulação da ordem social (parte superior), dentre os quais inclui-se a saúde; e da ordem econômica, de intervenção estatal no funcionamento do mercado (parte inferior);
- b) o eixo das ordenadas (eixo vertical) separa os modelos de atuação estatal direta, por meio de estruturas públicas criadas por lei (lado esquerdo do eixo); dos modelos de atuação indireta do Poder Público, por meio de contratos e outros ajustes celebrados com entidades civis com ou sem fins lucrativos (lado direito do eixo).

Nesse gráfico cartesiano, as diversas formas jurídico-administrativas de atuação da Administração Pública possíveis à luz do ordenamento jurídico nacional são dispostas, com base no nível de responsabilidade, de participação e de investimento diretos da Administração Pública e dos agentes sociais e de mercado na garantia da ordem econômica e da ordem social, implícito no estatuto jurídico de cada uma delas.

Figura 4 – Gradiente de formas jurídico-institucionais de atuação da administração pública.



Fonte: Salgado (2017).

Para diferenciar e classificar as formas jurídico-administrativas atualmente vigentes no ordenamento jurídico nacional e posicioná-las no Gradiente, o modelo utiliza-se dos seguintes critérios, reconhecidos pela doutrina jurídica como definidores da personalidade jurídica das entidades públicas ou privadas:

- a) a forma como foram criadas: se o órgão ou entidade foi criado por lei; por autorização legislativa; por ato normativo do Poder Executivo ou mediante a observância, exclusiva, dos ritos previstos no Código Civil;

- b) a natureza dos seus instituidores: se foi instituído por um, dois ou mais entes federativos; se pessoa jurídica administrativa de direito público ou privado; se pessoa jurídica civil de direito privado;
- c) o direito de propriedade²²: ou seja, quem detêm o patrimônio e a governança da organização e controla a sua força de trabalho;
- d) as suas fontes de financiamento: se exclusivamente públicas, com recursos oriundos integralmente do Orçamento Público, previstos na lei orçamentária anual; se destinação de recursos apenas para cobertura de despesas com seu pessoal (dependente); se recebe recursos públicos apenas por força de contrato ou convênio celebrado com o Poder Público; se fontes exclusivamente privadas;
- e) as formas de controle público que incidem sobre a organização: se há controle legal e normativo (sujeita a observância do ordenamento administrativo); controle administrativo (supervisão da administração direta e controle interno); controle externo; ou controle social.

De acordo com a representação gráfica da figura 4, e em alinhamento ao disposto nos arts. 4º e 5º do Decreto Lei nº 200, de 1967, constituem formas jurídico-institucionais de atuação direta da Administração Pública: os órgãos da Administração Direta; as autarquias, as fundações e as empresas estatais. Os consórcios públicos são autarquias (associações públicas) ou fundações públicas de natureza interfederativa, criados em conjunto por dois ou mais entes federativos, à luz das disposições da Lei nº 11.107, de 2005:

Decreto-Lei nº 200, de 1967:

Art. 4º A Administração Federal compreende:

I - A Administração Direta, que se constitui dos serviços integrados na estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios.

II - A Administração Indireta, que compreende as seguintes categorias de entidades, dotadas de personalidade jurídica própria:

a) Autarquias;

b) Empresas Públicas;

c) Sociedades de Economia Mista.

d) fundações públicas ([Incluído pela Lei nº 7.596, de 1987](#))

Parágrafo único. As entidades compreendidas na Administração Indireta vinculam-se ao Ministério em cuja área de competência estiver enquadrada sua principal atividade([Renumerado do § 1º pela Lei nº 7.596, de 1987](#))

§ 2 ([Revogado pela Lei nº 7.596, de 1987](#))

²² Direito de propriedade pode ser entendido como o direito que indivíduos ou organizações têm de controlar o acesso a recursos ou ativos de que são titulares. O direito de propriedade implica a titularidade do patrimônio e capacidade de dele dispor; o poder de decisão sobre os rumos da organização (governança); e o poder de gestão da força de trabalho.

§ 3 [\(Revogado pela Lei nº 7.596, de 1987\)](#)

Art. 5º Para os fins desta lei, considera-se:

I - Autarquia - o serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada.

II - Empresa Pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito. [\(Redação dada pelo Decreto-Lei nº 900, de 1969\)](#)

III - Sociedade de Economia Mista - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, criada por lei para a exploração de atividade econômica, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam em sua maioria à União ou a entidade da Administração Indireta. [\(Redação dada pelo Decreto-Lei nº 900, de 1969\)](#)

IV - Fundação Pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes. [\(Incluído pela Lei nº 7.596, de 1987\)](#)

§ 1º No caso do inciso III, quando a atividade fôr submetida a regime de monopólio estatal, a maioria acionária caberá apenas à União, em caráter permanente.

§ 2º O Poder Executivo enquadrará as entidades da Administração Indireta existentes nas categorias constantes dêste artigo.

§ 3º As entidades de que trata o inciso IV deste artigo adquirem personalidade jurídica com a inscrição da escritura pública de sua constituição no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, não se lhes aplicando as demais disposições do Código Civil concernentes às fundações. [\(Incluído pela Lei nº 7.596, de 1987\)](#)

Todos os formatos jurídico-institucionais posicionados à esquerda do eixo das ordenadas (vertical) são estruturas públicas, cujo direito de propriedade é exclusivamente ou majoritariamente público (ou seja, seu patrimônio e governança e força de trabalho são públicas); criadas por lei ou por autorização legislativa específica, que lhes delegam parte das competências anteriormente exercidas pela Administração Direta.

Afora o ofício público, que se trata de um caso especial, as demais figuras representadas do lado direito do eixo das ordenadas (vertical) são privadas, criadas por particulares que mantêm relações contratuais ou de parceria com a Administração Pública Direta ou Indireta, na forma da legislação vigente.

O Apêndice I1 relaciona os principais aspectos que caracterizam as figuras jurídico-institucionais da Administração Pública: (a) os órgãos da administração pública direta; (b) as

autarquias e fundações públicas de direito públicos; (c) as fundações estatais, públicas de direito privado; (d) os consórcios públicos; (e) as empresas públicas e as sociedades de economia mista.

O Apêndice I2 relaciona os principais aspectos dos modelos de cooperação entre o Poder Público e o Terceiro Setor na implantação de políticas públicas sociais: os ajustes celebrados com serviços sociais autônomos, os contratos de gestão com as organizações sociais; os termos de parceria com as OSCIP; e os convênios celebrados com filantrópicas e outras entidades civis sem fins lucrativos.

Registre-se que, na forma do inciso IV do art. 3º da Lei nº 13.019, de 2014, não se aplicam as disposições dessa Lei às relações de cooperação e fomento estabelecidas entre o Poder Público e entidades civis sem fins lucrativos, cujo objeto seja a prestação de serviços ao SUS, de forma complementar, à luz do §1º do art. 199 da Constituição Federal.

O Apêndice I3 relaciona os principais aspectos dos modelos de concessão e permissão de serviços públicos (art. 175 da Constituição Federal); parceria público privada e cessão de uso de bens públicos, de interesse, também, para o presente estudo.

6.2. Formas jurídico-institucionais aplicáveis à prestação de serviços públicos de saúde

O SUS foi criado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, à luz das disposições do art. 198 da Constituição Federal de 1988, como um sistema público, constituído pelas ações e serviços de saúde prestados pelos órgãos e entidades públicos federais, distritais, estaduais e municipais; que alcançam, não apenas a assistência médico-hospitalar, mas também no provimento da atenção integral aos cidadãos, que incluem a atenção básica, a vigilância epidemiológica e sanitária, a pesquisa e desenvolvimento de tecnologias em saúde; a formação de profissionais de saúde; as campanhas educativas e de mobilização da sociedade em prol da saúde integral; a produção de medicamentos e hemoderivados; dentre outros.

Embora as atividades de assistência à saúde sejam livres à iniciativa privada, podendo ser exploradas no mercado ou exercidas por agentes sociais sem motivações lucrativas (cf. *caput* do art. 199 da Constituição), a participação da iniciativa privada, no âmbito do SUS, dá-se apenas de forma complementar, segundo diretrizes deste, e por força de contratos adminis-

trativos ou convênios celebrados com o Poder Público, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (§1º do art. 199 da Constituição).

Constituição Federal

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Em ambos os casos, a atuação privada, por assumir caráter de participação complementar no SUS, fica obrigada à observância dos princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Lei nº 8.080, de 1990, sobretudo às seguintes:

- a) ser desenvolvida de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo aos princípios estabelecidos no art. 7º da Lei nº 8080, de 1990, que incluem à obediência aos princípios da universalidade de acesso; da integralidade da assistência; da igualdade da assistência à saúde; da participação a comunidade; da regionalização e hierarquização dos serviços, dentre outros;
- b) organizar-se de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente;
- c) observar as normas regulatórias estabelecidas pela União;
- d) submeter-se às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato/convênio;
- e) ser gratuitas para os cidadãos (art. 43); e
- f) observar os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

O § 1º do art. 199 determina, ainda, que, na complementação de serviços da rede de saúde com os serviços de entidades privadas, o Poder Público dê preferência aos ajustes celebrados com aquelas sem fins lucrativos, por meio da compra desses serviços (contrato) ou pelo fomento (convênio).

A participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde, segundo os arts. 24 a 26 da Lei nº 8.080, de 1990, deve se limitar às situações em que as disponibilidades dos órgãos e entidades públicos forem insuficientes para garantir cobertura assistencial à população sob sua área de abrangência.

Em outras palavras, o gestor do SUS está autorizado a recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, sempre que os serviços próprios da rede pública de saúde forem insuficientes para atender às necessidades da população.

Nesses casos, ele pode optar: (a) pela contratação de serviços no mercado junto a entidades privadas com ou sem fins lucrativos, observada tabela de preços fixada pela Direção Nacional do Sistema e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (conforme art. 26, caput, §1º e 2º e art. 16, XIV da Lei nº 8.080, de 1990); ou (b) pelo fomento a entidades civis sem fins lucrativos que atuem no campo da assistência à saúde, mediante a celebração de convênios ou outros instrumentos congêneres²³.

Tem-se, portanto, que no âmbito do SUS, as ações e serviços de assistência à saúde devem ser executadas, **preferencialmente**, por estruturas públicas, pertencentes à Administração Direta ou Indireta do Poder Executivo dos entes federativos, ou seja, por:

- a) unidades administrativas do Ministério da Saúde ou das Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde;
- b) autarquias ou fundações autárquicas (públicas de direito público);
- c) fundações estatais (públicas de direito privado);
- d) empresas estatais cuja finalidade seja social e não lucrativa, como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o Grupo Hospitalar Conceição, todas do Governo Federal.

A participação complementar da iniciativa privada no SUS é viabilizada:

- a) em um primeiro momento, pelos contratos, convênios e outros ajustes celebrados com as entidades filantrópicas e outras sem fins lucrativos; entre essas últimas, aquelas reconhecidas pela lei como serviços sociais autônomos; ou qualificadas pelo Poder Executivo como organizações sociais ou as OSCIPS; e
- b) em um segundo momento, por contratos celebrados com empresas privadas que atuem na área da prestação de serviços de assistência à saúde; devendo essas respeitar os princípios do SUS.

Como os serviços de saúde têm que ser gratuitos aos cidadãos, seus destinatários finais, a prestação desses serviços não é passível de ser objeto de concessão ou permissão, res-

²³ Na celebração desses contratos ou convênios, os gestores devem observar os parâmetros de cobertura assistencial, critérios e valores de remuneração dos serviços contratados, estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS (art. 26, Lei nº 8.080, de 1990).

trita aos serviços públicos privativos e tarifados, conforme diretiva do art. 175 da Constituição Federal e das Leis Federais nº 8.987, de 1995; e nº 9074, de 1995, que disciplinam a matéria.

Sobre o tema, vale destacar trecho do Acórdão do Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) acerca da Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI nº 1923, de 16 de abril de 2015, que deixa claro que não há delegação de funções públicas na área da saúde para particulares:

Os setores de saúde (CF, art. 199, *caput*), educação (CF, art. 209, *caput*), cultura (CF, art. 215), desporto e lazer (CF, art. 217), ciência e tecnologia (CF, art. 218) e meio ambiente (CF, art. 225) configuram serviços públicos sociais, em relação aos quais a Constituição, ao mencionar que “*são deveres do Estado e da Sociedade*” e que são “*livres à iniciativa privada*”, permite a atuação, por direito próprio, dos particulares, sem que para tanto seja necessária a delegação pelo poder público, de forma que não incide, *in casu*, o art. 175, *caput*, da Constituição. (STF, Acórdão ADI 1923, p.3)

Mais recentemente, passou-se, entretanto, a observar o uso do instituto da parceria público privada (PPP) administrativa, de que trata a Lei nº 11.079, de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 8.428, 2015, por gestores de saúde, para terceirizar a prestação de serviços de saúde à população.

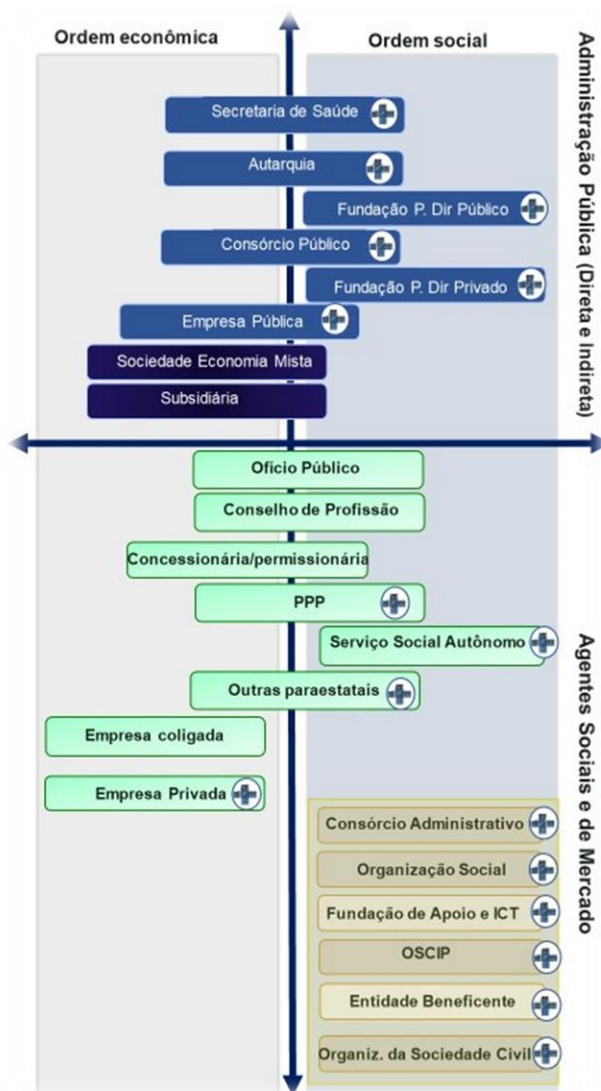
A PPP administrativa, definida como uma forma alternativa de contrato de prestação de serviços, realizada por meio de um processo licitatório específico, em que a Administração Pública é a usuária direta ou indireta dos serviços contratados, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens, tem características bem definidas; tais como: (a) a obrigatoriedade do investimento do Poder Público e do parceiro privado na parceria, com contraprestação pecuniária obrigatória do parceiro público ao parceiro privado; (b) o valor do contrato ser igual ou superior a R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais); e (c) o período de prestação do serviço igual ou superior a 5 (cinco) anos; dentre outras. O objeto único da PPP não pode ser o fornecimento de mão-de-obra, o fornecimento e instalação de equipamentos ou a execução de obra pública.

Embora a Lei nº 11.079, de 2004 trate de dois modelos de PPP, a administrativa e a patrocinada, apenas a última parece estar relacionada a um processo de delegação, mediante a concessão de serviços públicos tarifados.

Dito isso, e conforme ilustrado na figura 5, pode-se dizer que, na prestação de serviços de assistência à saúde à população, resguardados os princípios de diretrizes constitucionais e

legais que conformam o SUS, pode ser admitida, também, a realização de parceria público privada administrativa, sempre que comprovada a vantajosidade da adoção desse modelo para o atendimento ao interesse público, em relação aos modelos de atuação direta da administração pública e à contratação ou parceria com entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

Figura 5 – Formas jurídico-institucionais do gradiente passíveis de serem aplicadas na prestação de serviços de assistência médico-hospitalar à população, no âmbito do SUS.



Fonte: Salgado (2017).

Destaca-se que vantajosidade não é conceito sinônimo ao da “economicidade”. Em respeito ao princípio constitucional da impessoalidade (caput do art. 37 da Constituição), que significa colocar o interesse público acima do interesse de terceiros, a fim de cumprir os objetivos da República (art. 3º da Constituição) o conceito de vantajosidade está relacionado em

um primeiro momento com a capacidade de ser eficaz e efetivo na implementação dos objetivos da política pública; considerando-se a dimensão econômica em um segundo plano. Vantajoso, portanto, é ser capaz de melhor atender, em termos de quantidade e qualidade, observado os recursos públicos disponíveis e, se possível, a um menor custo.

Nesse aspecto, pode-se dizer então que para determinar qual o modelo jurídico-institucional “mais vantajoso” é preciso analisar a natureza da atividade ou serviço a ser realizado; o prazo e a extensão dos resultados esperados; os recursos orçamentários/financeiros, o conhecimento e a força de trabalho disponível; os recursos tecnológicos e gerenciais; e a capacidade de governança e avaliar, também os riscos de cada modelo frente as forças políticas internas e externas (risco político/imagem); os riscos jurídicos; os riscos operativos inerentes a cada modelo; dentre outros. E como já foi dito, a alternativa mais vantajosa deve ser aferida a partir do estudo complexo que envolva a análise crítica das variáveis sociais, econômicas, políticas e culturais presentes em cada caso.

Em conclusão, pode-se afirmar que são modelos passíveis de serem utilizados, no âmbito do SUS, para a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e farmacêutica gratuitos à população:

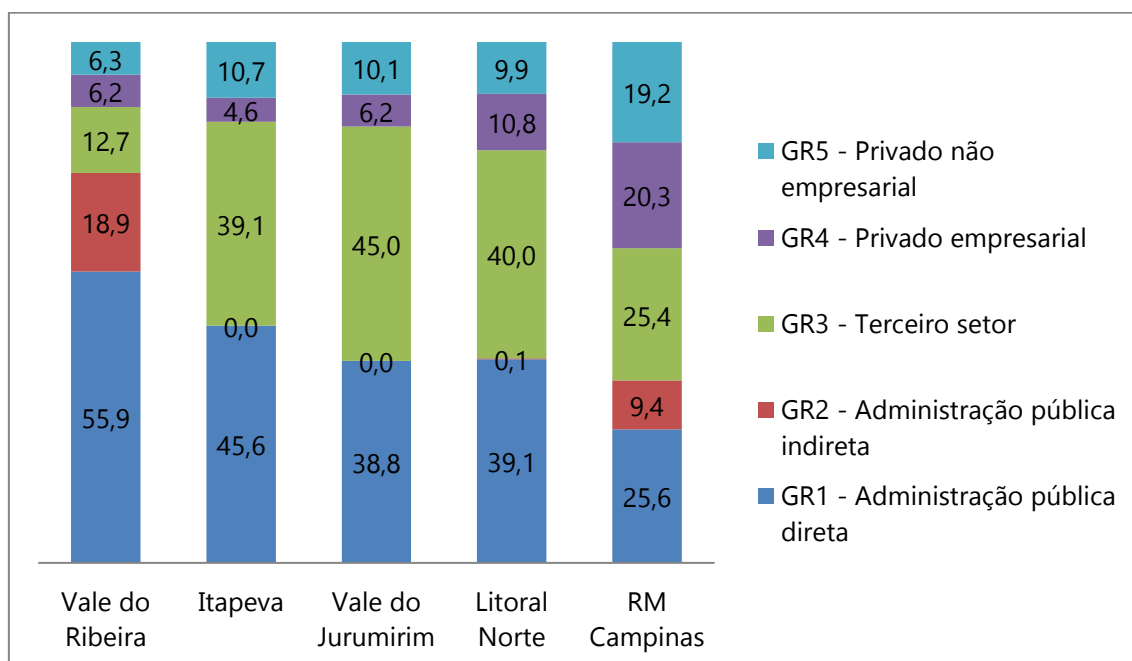
- a) Unidade administrativa da Secretaria de Saúde do ente federativo;
- b) Autarquia ou fundação autárquica;
- c) Fundação estatal: pública de direito privado;
- d) Empresa estatal com finalidade social, não lucrativa;
- e) consórcio público, no qual o ente federativo seja instituidor;
- f) por convênio, contrato de programa ou contrato administrativo celebrado com consórcio público no qual o ente federativo não seja instituidor;
- g) por contrato de gestão, convênio ou outro tipo de ajuste celebrado com serviço social autônomo, autorizado por lei específica aprovada pelo ente federativo;
- h) por contrato de gestão celebrado com organização social qualificada na forma da lei aprovada pelo ente federativo;
- i) por termo de parceria celebrado com organização da sociedade civil de interesse público, qualificada na forma da lei aprovada pelo ente federativo; e
- j) por convênio celebrado com entidade filantrópica ou outra entidade sem fins lucrativos.

7. Considerações finais e recomendações

O presente estudo teve por objetivo propor estratégias de atração e fixação de médicos em serviços de saúde dos municípios das regiões foco do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde no Estado de São Paulo. Para tanto, buscou-se conhecer e analisar a realidade atual de estruturação do mercado de trabalho e de serviços médicos e os fatores que impactam os processos de atração e retenção destes profissionais nas localidades investigadas. A partir do conjunto de informações que foram coletadas junto a bancos de dados públicos e por meio de pesquisa direta com médicos e seus agentes contratantes foi possível levantar algumas conclusões e propor recomendações. De maneira geral, o mercado de trabalho médico possui configurações distintas em cada região em termos de disponibilidade de profissionais, tipos de agentes contratantes e formas de contratação e vinculação aos serviços de saúde. Os fatores de atração e fixação relativos aos atributos do posto de trabalho são semelhantes entre as regiões, mas os fatores de escolha das localidades são diferentes.

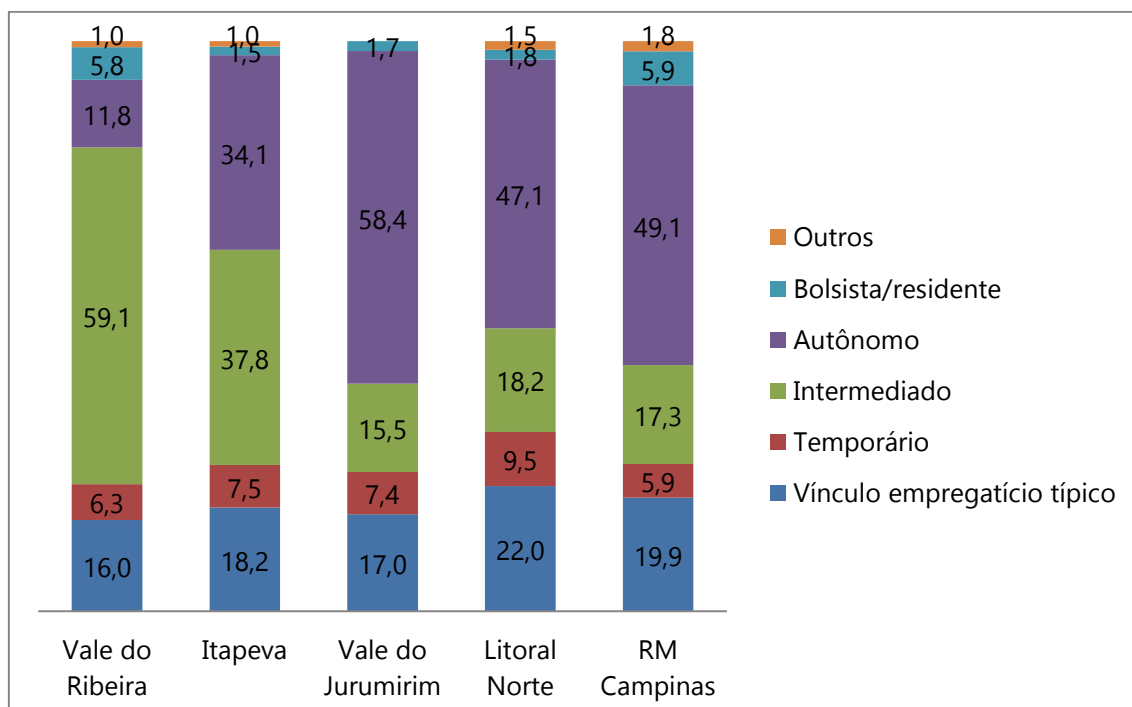
A RM de Campinas apresenta oferta adequada de profissionais, sendo que seu mercado de trabalho pode ser considerado saturado. Na comparação com outras regiões, é o mercado mais volumoso e diversificado e com maior presença relativa de agentes empresariais (em torno de 40%, segundo figura 6). Há que se destacar a presença importante de vínculos de residência (5,9%, segundo figura 7), que ocorrem em função da alta oferta de formação médica na graduação e pós-graduação. Na gestão do AME Santa Bárbara, optou-se pela gestão via fundação pública de direito privado (FUNCAMP – mesma entidade que intermedia a contratação no Hospital Regional de Sumaré) que contrata todos os profissionais por meio de vínculo celetista. A oferta de serviços de saúde e de médicos é alta em todos os municípios da região, ainda que fortemente concentrado na sede. Algumas áreas intramunicipais de municípios como Santa Bárbara D'Oeste, Valinhos, Cosmópolis e Americana, além de Campinas, podem vivenciar situações de escassez de médicos em APS. As características próprias da região que atraem os médicos se relacionam à qualidade de vida de uma metrópole ou a possibilidade de morar em municípios próximos que possuem boa infraestrutura, a existência de escolas e residências médicas e a possibilidade de acumular múltiplos vínculos de trabalho. Os pontos negativos passam pela saturação do mercado e a violência em algumas áreas da cidade de Campinas.

Figura 6 – Distribuição resumo dos vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde por grupos de natureza jurídica e região. São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS

Figura 7 – Distribuição resumo dos vínculos de médicos em estabelecimentos de saúde por tipo de vinculação e região. São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS

Em contraposição, o Vale do Ribeira apresenta uma configuração fortemente dependente do setor público como agente de contratação de mão de obra médica, sendo que quase 75% dos postos de trabalho são realizados por meio da administração pública direta ou indireta (figura 6), com destaque para o uso de Consórcio intermunicipal (CONSAUDE), que contrata médicos em sua maioria através de vínculos celetistas. Apesar da maior presença do setor público, a principal forma de vinculação dos médicos com os serviços de saúde é por meio de intermediação de Organizações Sociais e entidades filantrópicas (59,1% segundo a figura 7). O próprio AME de Pariqueira-Açu tem gestão via OS Cruzada Bandeirante, que contrata 92,5% dos médicos como autônomo do tipo Pessoa Jurídica. O mercado de trabalho está concentrado em Pariqueira-Açu e Registro, com situações de escassez de médicos da APS em Barra do Turvo, Iporanga e Iguape. Os fatores locais que atraem os médicos são o baixo custo de vida, o contato com a natureza e a vida interiorana, associada à proximidade de grandes centros urbanos e do litoral. Como pontos negativos podem ser citados a baixa presença de agentes de mercado devido a forte dependência da população em relação ao SUS. Os municípios são considerados pobres e de infraestrutura precária.

A região de Itapeva é semelhante ao Vale do Ribeira em termos de condições socioeconômicas vulneráveis, mas aqui há o agravante de maiores dificuldades de acesso a municípios mais distantes da sede e ou que vivenciam situações de escassez de médicos em APS, sobretudo Apiaí, Barra do Chapéu, Itaóca, Itapirapuã Paulista, Ribeira e Bom Sucesso do Itararé. Apesar disso, o mercado de trabalho é mais diversificado em função da maior presença do terceiro setor, que tem participação de 39% dos vínculos de trabalho (figura 6), fato que também amplia a vinculação dos profissionais como autônomos. De qualquer maneira, cerca de 40% dos vínculos ocorre via administração pública direta. O AME de Itapeva tem gestão via Santa Casa de Misericórdia de Itapeva que contrata 92,6% dos médicos como autônomos Pessoa Jurídica. O mercado está concentrado na sede, que é considerado um município razoável para moradia por parte dos profissionais. Também são referidos como fatores de atração o baixo custo de vida, associado à proximidade de grandes centros urbanos.

O Vale do Jurumirim apresenta uma situação interiorana diferente do Vale do Ribeira e de Itapeva, tendo em vista as melhores condições socioeconômicas. Nesse sentido, além de ser uma região atrativa em termos de qualidade de vida e proximidade dos grandes centros, também possui boa infraestrutura de deslocamento entre os municípios da região. Destaca-se também os laços pessoais dos profissionais com a localidade, tendo em vista que muitos deles são naturais de municípios da região e ou optaram por se fixarem em função de aspectos familiares. Os salários são os mais baixos na comparação entre as regiões, porém há muitas possibi-

lidades de vinculação profissional, já que o mercado de trabalho privado é pujante, tanto no segmento do terceiro setor, quanto no empresarial. A intermediação é pouco utilizada como forma de vinculação (15,5% do total de vínculos médicos, segundo figura 7), ao passo que a vinculação como autônomo é majoritária (58,4%). Além dos baixos salários, são reportados como fatores negativos a precariedade das condições de trabalho (estrutura física e acesso a exames), os atrasos de pagamento e a sobrecarga de trabalho.

O Litoral Norte, por fim, assemelha-se ao Vale do Jurumirim em termos de composição dos agentes contratantes e formas de vinculação, isto é, maior pujança do terceiro setor e dos vínculos autônomos. Aqui porém, há maior utilização de vínculos empregatícios diretos com os estabelecimentos e também de vínculos temporários. O AME de Caraguatatuba tem gestão via OS SECONCI-SP, que contrata 96,5% dos médicos como autônomo Pessoa Jurídica. A oferta de serviços de saúde e de médicos é alta em todos os quatro municípios da região, sobretudo na sede Caraguatatuba, mas há problemas em atrair e reter profissionais em praias distantes de São Sebastião e Ubatuba. Os fatores que facilitam a atração relacionados a maior qualidade de vida, também mencionados em outras regiões, aparecem de forma mais expressiva em função das praias, cachoeiras e opções de lazer, porém o custo de vida é considerado alto. O município de Ilhabela ainda possui o inconveniente do acesso por balsa.

Em termos dos fatores de atração e fixação relacionados especificamente ao posto de trabalho, há uma convergência entre as regiões, o que foi corroborado através do experimento de preferência declarada e da ETAC com profissionais. Os resultados demonstram que os atributos que mais impactam a escolha dos respondentes são acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos e infraestrutura do local de trabalho. Tal padrão se observa tanto para os serviços de APS, quanto os de AES, embora seja mais significativo no segundo caso. A grande maioria demonstra preferência por trabalho estável com a administração pública (estatutário ou celetista), geralmente em regime de trabalho parcial (20 horas semanais). O nível de remuneração é considerado relevante, mas pode assumir níveis intermediários se combinados com outros benefícios. Outro fator de grande importância é o pagamento em dia. Alguns aspectos considerados de menor relevância, porém, se combinados com outros elementos, aumentam as possibilidades de atração dos profissionais, como é o caso de auxílio para deslocamento e a oferta de educação permanente.

Com base nos resultados apresentados propõem-se as seguintes recomendações em termos de estratégias de atração e fixação de médicos para atuar nos serviços de saúde dos municípios das regiões do Vale do Ribeira, Itapeva, Vale do Jurumirim, Litoral Norte e Metropolitana de Campinas, do estado de São Paulo:

- 1.** Adoção de estratégias combinadas para promover atração e fixação de médicos, as quais considerem incentivos monetários, incentivos extra monetários, melhoria nas condições gerais de infraestrutura dos serviços de saúde e de estruturação das redes de atenção à saúde e dos recursos diagnósticos e terapêuticos.
- 2.** Fomento de mecanismos de apoio aos municípios para a ampliação da capacidade de oferta de postos de trabalho para médicos no seguintes moldes:
 - Preferencialmente em regime estatutário ou celetista do tipo parcial (20 horas).
 - Com adicional salarial de no mínimo 10% para alocação em municípios próximos às sedes regionais;
 - Com adicional de no mínimo 30% para alocação em área rural, ou com dificuldade de acesso, ou periférica e insegura, combinada com benefícios adicionais como auxílio moradia, ajuda de custo para deslocamento, carga horária flexível e liberação para participação em congressos;
- 3.** Estímulo a adoção de formas jurídico-institucionais na prestação de serviços de assistência médica que estejam no espectro da administração pública direta ou indireta (secretarias de saúde, autarquias, fundações públicas, consórcios públicos e empresas públicas), de maneira a reduzir a dependência frente aos agentes sociais e de mercado (entidades beneficentes, Organizações Sociais, empresas, etc.) que ampliam os riscos jurídicos e de prestação e continuidade efetiva dos serviços no âmbito do SUS;
- 4.** Nos casos de permanência da utilização de agentes sociais e de mercado, constituição de mecanismos permanentes de gestão estadual que visem reduzir a descontinuidade dos processos de contratação de intermediários, em situações de instabilidade política nos municípios, com especial atenção às Organizações Sociais (OS).
- 5.** Desenvolvimento e fortalecimento de ações de estruturação das redes regionais de atenção à saúde, visando principalmente à melhoria do acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos e encaminhamentos. Sugere-se utilizar recursos de publicidade dessas ações como estratégia de atração e fixação do profissional médico para localidades de maior necessidade;

6. Desenvolvimento e fortalecimento de ações de melhoria de infraestrutura das unidades de saúde, tais como construção de consultórios próprios para consulta médica e acesso a internet;

7. Atuação em parceria com as secretarias municipais de saúde para garantia da gestão qualificada da folha de pagamento, de forma a reduzir os riscos de pagamento de salários fora do dia;

8. Estímulo a oferta de pós-graduação médica nas sedes regionais das regiões do Vale do Ribeira, Itapeva e Vale do Jurumirim, com a utilização das estruturas hospitalares já existentes e em construção.

9. Adoção de ações emergenciais e pontuais de ampliação da capacidade de atração e fixação de médicos em municípios e áreas identificadas com condições agravantes para a escassez de médicos, sendo elas:

- *Vale do Ribeira*: municípios Barra do Turvo, Iporanga e Iguape e área rural do município de Itariri;
- *Itapeva*: municípios Apiaí, Barra do Chapéu, Itaóca, Itapirapuã Paulista, Ribeira e Bom Sucesso do Itararé e a área do entrono do município de Itapeva que faz fronteira com demais municípios.
- *Vale do Jurumirim*: municípios Arandu e Barão de Antonina e a área do entrono do município de Avaré que faz fronteira com demais municípios.
- *Litoral Norte*: praias distantes em São Sebastião e Ubatuba.
- *RM de Campinas*: diversas áreas intramunicipais nos municípios de Santa Bárbara D'Oeste, Valinhos, Cosmópolis, Americana e Campinas.

10. Adoção de estratégias específicas para atração e fixação de profissionais de acordo com a realidade de cada região:

- *Vale do Ribeira*: descentralização da oferta de serviços para regiões distantes da sede como mecanismo de ampliação das possibilidades de vinculação do médico com o serviço público, em especial municípios que já possuem oferta intermediária, diversificada e de referência local em especialidades médicas como Cajati, Eldorado, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu e Sete Barras.
- *Itapeva*: adoção de benefícios que favoreçam o deslocamento do profissional para municípios distantes da sede (em especial Bom Sucesso do Itararé, Itaóca e Ribeira), como ajuda de custo para deslocamento, oferta de cursos de capacitação/especialização, flexibilização da carga de trabalho e oferta de moradia para os dias em que o profissional trabalhar na localidade.

- *Vale do Jurumirim*: descentralização da oferta de serviços para regiões distantes da sede como mecanismo de ampliação das possibilidades de vinculação do médico com o serviço público, em especial municípios que já possuem oferta intermediária, diversificada e de referência local em especialidades médicas como Águas de Santa Bárbara, Arandu, Coronel Macedo, Iaras, Manduri, Sarutaiá e Tejuipá. Melhoria dos salários buscando equiparação com a média praticada no estado de São Paulo.
- *Litoral Norte e RM de Campinas*: desenvolver ações motivacionais entre médicos para o deslocamento de recém-formados a regiões de maior necessidade (principalmente área de escassez em municípios do Vale do Ribeira e de Itapeva), para atuação temporária e com possibilidade de retorno ao litoral e à região metropolitana para assumir postos de trabalho permanentes.

8. Referências bibliográficas

Blaauw D, et al: Policy interventions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. *Bulletin of the world health organization* 2010, 88:350-356.

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL. Estimativas de população para o Brasil: total do país, unidades federativas e municípios, 2010-2030. CEDEPLAR/FACE/UFMG, 2014.

Chomitz KM: What do doctors want? Developing incentives for doctors to serve in Indonesia's rural and remote areas. Policy research working paper 1888, World Bank 1998.

Girardi SN, 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: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2010 [Relatório de Pesquisa].

Girardi SN, et al: Identificação de Áreas de Escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/ FM/UFMG, 2012 [Relatório de Pesquisa].

Girardi SN, et al: Mercado de trabalho Médico: Escassez e Desigualdades na Distribuição da Força de Trabalho no Brasil. Belo Horizonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG, 2013 [Relatório de Pesquisa].

Girardi SN, 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 [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 SN, et al: Discrete Choice Experiment: Estudo de Preferência Declarada sobre Atributos relevantes para a atração e fixação de médicos no Estado de Minas Gerais. [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.

Girardi SN, et al: Fortalecimento da capacidade de planejamento de recursos humanos para sistemas nacionais de saúde [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, 2013.

Hanson K, Jack W: Health worker preferences for job attributes in Ethiopia: results from a discrete choice experiment. Mimeo, 2008.

Hensher D, Rose J, Green W: Applied choice analysis: a primer. Cambridge: Cambridge University; 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas de População. Rio de Janeiro: IBGE/DPE/COPIS. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/default.shtm>. Acesso em: 19 out 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE - cidades. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: abril de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Regiões de influência das cidades: 2007. Rio de Janeiro: IBGE/Diretoria de Geociências/Coordenação de Geografia, 2007.

Kolstad JR: How to make rural jobs more attractive to health workers: findings from a discrete choice experiment in Tanzania. Preliminary draft 2010.

Kroes EP, Sheldon RJ: Stated preference methods. An introduction. Journal of Transport Economics and Policy 1988, XXII:1: 11-25.

Kruk ME, et al: Rural practice preferences among medical students in Ghana: a discrete choice experiment. Bulletin of the world health organization 2010, 88:333-341.

Mangham LJ: Addressing the human resource crisis in Malawi's health sector: employment preferences of public sector registered nurses. ESAU Working Paper 2007, 18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Especialidades Médicas. Brasília: 2015 [Microdados].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: MS/Secretaria Executiva/DATASUS [Microdados].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Nacional de Mortalidade. Brasília: MS/Secretaria Executiva/DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 19 out 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Nacional de Nascidos Vivos. Brasília: MS/Secretaria Executiva/DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 19 out 2016.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO. Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Brasília: MDSA. Disponível em <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/dados>. Acesso em: 19 out 2016.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Relação Anual de Informações Sociais. Brasília: MTE/SPPE/DES/CGET. Disponível em: <http://bi.mte.gov.br/bgcaged/login.php>. Acesso em 6 out 2016.

Penn-Kekana L, et al: Nursing staff dynamics and implications for maternal health provision in public health facilities in the context of HIV/AIDS. Centre for Health Policy 2005.

PNUD/IPEA. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas/. Acesso em: abril de 2017.

Rea LM; Parker, RA: Designing and conducting survey research: a comprehensive guide. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1997.

Salgado VB, Girardi SN: Nuevos arreglos institucionales para la gestion pública democrática em Brasil. Reforma del Clad. 142ed.Caracas - Venezuela: Revista del Clad, 2011, v. 50.

Souza AO: Delineamento experimental em ensaios fatoriais utilizados em preferência declarada. PhD thesis. Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de engenharia de produção e sistemas; 1999.

Vujicic M, Alfano M, Shengelia B: Getting health workers to rural areas: innovative analytic work to inform policy making. Washington DC: Health, nutrition, and population discussion paper, World Bank; 2010a.

Vujicic M, et al: Policy options to attract nurses in rural Liberia: evidence from a discrete choice experiment. , Washington DC: Health, nutrition, and population discussion paper, World Bank; 2010b.

Vujicik M, at al: Attracting doctors and medical students to rural Vietnam: insights from a discrete choice experiment. Washington DC: Health, Nutrition and Population Discussion Paper, 2010c.

APENDICE A – Tabelas auxiliares da análise de dados secundários

A.1. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Tabela 76 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.

Tipo de vínculo	Vale do Ribeira		Itapeva		Vale do Jurumirim		Litoral Norte		RM Campinas		São Paulo		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estatutário	43	5,6	149	15,9	126	12,0	180	13,4	3.572	15,1	31.972	11,1	135.518	13,6
Empregado público	109	14,3	21	2,2	54	5,1	123	9,1	1.171	4,9	16.430	5,7	36.058	3,6
Comissionado	1	0,1	0	0,0	7	0,7	12	0,9	18	0,1	762	0,3	2.404	0,2
Celetista	168	22,0	19	2,0	17	1,6	167	12,4	1.893	8,0	28.230	9,8	72.593	7,3
Temporário	58	7,6	66	7,1	116	11,0	36	2,7	444	1,9	7.729	2,7	130.779	13,2
Autônomo, PF	100	13,1	145	15,5	414	39,4	435	32,3	9.066	38,3	75.545	26,3	253.223	25,5
Autônomo, PJ	200	26,2	239	25,6	262	24,9	326	24,2	2.481	10,5	52.665	18,3	115.966	11,7
Cooperado	15	2,0	0	0,0	11	1,0	0	0,0	424	1,8	7.108	2,5	56.811	5,7
Bolsista	43	5,6	14	1,5	18	1,7	24	1,8	240	1,0	3.054	1,1	15.505	1,6
Residente	1	0,1	0	0,0	0	0	0	0,0	1.165	4,9	15.946	5,6	37.365	3,8
Estagiário	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	0	0,0	1.220	0,4	1.434	0,1
Informal	8	1,0	9	1,0	0	0	20	1,5	429	1,8	1.953	0,7	9.323	0,9
Outros, vínculo empregatício sem descrição	2	0,3	3	0,3	1	0,1	1	0,1	220	0,9	2.875	1,0	14.885	1,5
Outros, autônomo sem descrição	15	2,0	270	28,9	26	2,5	24	1,8	2.561	10,8	41.774	14,5	112.395	11,3
Sem informação	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	18	0
Total	763	100	935	100	1.052	100	1.348	100	23.684	100	287.263	100	994.277	100

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

Tabela 77 – Distribuição dos vínculos de médicos por natureza jurídica agregada – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.

Natureza Jurídica	Vale do Ribeira		Itapeva		Vale do Jurumirim		Litoral Norte		RM Campinas		São Paulo		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pública federal	2	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0	288	0,1	30.533	3,1
Pública Estadual	72	9,4	68	7,3	8	0,8	86	6,4	1.861	7,9	42.006	14,6	120.344	12,1
Pública Municipal	353	46,3	358	38,3	400	38,0	443	32,9	6.423	27,1	73.132	25,5	250.762	25,2
Pública outros	144	18,9	0	0,0	0	0,0	0	0	3	0,0	304	0,1	11.343	1,1
Privada lucrativa	56	7,3	73	7,8	86	8,2	223	16,5	7.806	33,0	71.020	24,7	281.975	28,4
Privada não lucrativa	136	17,8	436	46,6	558	53,0	596	44,2	7.591	32,1	100.513	35,0	299.320	30,1
Total	763	100	935	100	1.052	100	1.348	100	23.684	100	287.263	100	994.277	100

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

Tabela 78 – Distribuição dos vínculos de médicos por natureza jurídica – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.

Natureza Jurídica	Vale do Ribeira		Itapeva		Vale do Jurumirim		Litoral Norte		RM Campinas		São Paulo		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Município	353	46,3	358	38,3	400	38,0	442	32,8	5.675	24,0	53.022	18,5	190.988	19,2
Associação Privada	97	12,7	358	38,3	459	43,6	515	38,2	4.151	17,5	70.389	24,5	200.866	20,2
Sociedade Empresária Limitada	26	3,4	37	4,0	63	6,0	137	10,2	2.872	12,1	24.045	8,4	123.676	12,4
Sociedade Simples Limitada	9	1,2	22	2,4	10	1,0	53	3,9	2.467	10,4	21.524	7,5	57.663	5,8
Pessoa Física	39	5,1	78	8,3	96	9,1	81	6,0	1.956	8,3	15.780	5,5	55.458	5,6
Sociedade Anônima Fechada	19	2,5	1	0,1	0	0,0	1	0,1	1.722	7,3	12.436	4,3	32.186	3,2
Fundação Privada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1.473	6,2	14.142	4,9	41.058	4,1
Autarquia Estadual ou do Distrito Federal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1.467	6,2	13.786	4,8	17.802	1,8
Autarquia Municipal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	560	2,4	1.550	0,5	4.500	0,5
Órgão Público do Poder Executivo Estadual	72	9,4	68	7,3	8	0,8	85	6,3	394	1,7	28.165	9,8	87.755	8,8
Consórcio Público de Direito Público	144	18,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	275	0,1	3.612	0,4
Outras*	4	0,5	13	1,4	16	1,5	34	2,5	947	4,0	32.149	11,2	178.713	18,0
Total	763	100	935	100	1.052	100	1.348	100	23.684	100	287.263	100	994.277	100

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

*Órgão Público do Poder Executivo Federal, Órgão Público do Poder Executivo Municipal, Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal, Órgão Público do Poder Judiciário Federal, Autarquia Federal, Fundação Pública de Direito Público Federal, Fundação Pública de Direito Público Estadual ou do Distrito Federal, Fundação Pública de Direito Público Municipal, Fundo Público, Consórcio Público de Direito Privado, Estado ou Distrito Federal, Fundação Pública de Direito Privado Estadual ou do Distrito Federal, Fundação Pública de Direito Privado Municipal, Empresa Pública, Sociedade de Economia Mista, Sociedade Anônima Aberta, Sociedade Empresária em Nome Coletivo, Sociedade Empresária em Comandita Simples, Sociedade Empresária em Comandita por Ações, Sociedade em Conta de Participação, Empresário (Individual), Cooperativa, Consórcio de Sociedades, Empresa Domiciliada no Exterior, Sociedade Simples Pura, Sociedade Simples em Nome Coletivo, Sociedade Simples em Comandita Simples, Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Empresária), Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Simples), Serviço Social Autônomo, Condomínio Edilício, Entidade Sindical, Organização Religiosa, Organização Social (OS), Empresa Individual Imobiliária.

Tabela 79 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de estabelecimento – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2016.

Tipo de estabelecimento	Vale do Ribeira		Itapeva		Vale do Jurumirim		Litoral Norte		RM Campinas		São Paulo		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UBS/Centro de Saúde/Posto de Saúde	229	30,0	154	16,5	277	26,3	218	16,2	2.040	8,6	27.847	9,7	107.653	10,8
Hospital	235	30,8	402	43,0	481	45,7	647	48,0	12.617	53,3	161.400	56,2	519.034	52,2
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	104	13,6	75	8,0	45	4,3	95	7,0	1.266	5,3	14.410	5	45.639	4,6
Unidade especializada	118	15,5	182	19,5	62	5,9	196	14,5	4.041	17,1	41.870	14,6	156.205	15,7
Consultório isolado	49	6,4	87	9,3	155	14,7	119	8,8	2.830	11,9	30.812	10,7	96.826	9,7
SADT	17	2,2	4	0,4	17	1,6	51	3,8	601	2,5	6.843	2,4	25.767	2,6
Secretaria de Saúde	7	0,9	8	0,9	4	0,4	4	0,3	129	0,5	947	0,3	4.679	0,5
Outro	4	0,5	23	2,5	11	1,0	18	1,3	160	0,7	3.134	1,1	38.474	3,9
Total	763	100	935	100	1.052	100	1.348	100	23.684	100	287.263	100	994.277	100

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

Tabela 80 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de vínculo e natureza jurídica – Região Vale do Ribeira , 2016.

Tipo de vínculo	Pública fede- ral		Pública Esta- dual		Pública Munici- pal		Pública ou- tros		Privada lucrati- va		Privada não lucra- tiva		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estatutário	0	0	2	2,8	36	10,2	5	3,5	0	0	0	0,0	43
Empregado público	0	0	2	2,8	103	29,2	4	2,8	0	0	0	0,0	109
Comissionado	0	0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0	0	0,0	1
Celetista	0	0	2	2,8	57	16,1	76	52,8	4	7,1	29	21,3	168
Temporário	1	50	1	1,4	42	11,9	4	2,8	2	3,6	8	5,9	58
Autônomo, pessoa física	0	0	3	4,2	25	7,1	1	0,7	33	58,9	38	27,9	100
Autônomo, pessoa jurídica	0	0	62	86,1	16	4,5	53	36,8	14	25,0	55	40,4	200
Cooperado	0	0	0	0,0	15	4,2	0	0	0	0,0	0	0,0	15
Bolsista	1	50	0	0,0	42	11,9	0	0	0	0,0	0	0,0	43
Residente	0	0	0	0,0	1	0,3	0	0	0	0,0	0	0,0	1
Estagiário	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0
Informal	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	3	5,4	5	3,7	8
Outros, vínculo empregatício sem descrição	0	0	0	0,0	2	0,6	0	0	0	0,0	0	0,0	2
Outros, autônomo sem descrição	0	0	0	0,0	14	4,0	0	0	0	0,0	1	0,7	15
Sem informação	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	0
Total	2	100	72	100	353	100	144	100	56	100	136	100	763

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

Tabela 81 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de vínculo e natureza jurídica – Região de Itapeva , 2016.

Tipo de vínculo	Pública fede- ral		Pública Esta- dual		Pública Munici- pal		Pública ou- tros		Privada lucrati- va		Privada não lucra- tiva		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estatutário	0	*	2	2,9	147	41,1	0	*	0	0	0	0	149
Empregado público	0	*	0	0	20	5,6	0	*	0	0	1	0,2	21
Comissionado	0	*	0	0	0	0	0	*	0	0	0	0	0
Celetista	0	*	2	2,9	11	3,1	0	*	0	0	6	1,4	19
Temporário	0	*	0	0	66	18,4	0	*	36	0	0	0	66
Autônomo, pessoa física	0	*	1	1,5	31	8,7	0	*	3	49,3	77	17,7	145
Autônomo, pessoa jurídica	0	*	63	92,6	44	12,3	0	*	0	4,1	129	29,6	239
Cooperado	0	*	0	0	0	0	0	*	0	0	0	0	149
Bolsista	0	*	0	0	14	3,9	0	*	0	0	0	0	0
Residente	0	*	0	0	0	0	0	*	0	0	0	0	14
Estagiário	0	*	0	0	0	0	0	*	0	0	0	0	0
Informal	0	*	0	0	6	1,7	0	*	0	0	3	0,7	9
Outros, vínculo empregatício sem descrição	0	*	0	0	0	0	0	*	0	0	3	0,7	3
Outros, autônomo sem descrição	0	*	0	0	19	5,3	0	*	34	46,6	217	49,8	270
Sem informação	0	*	0	0	0	0	0	*	0	0	0	0	0
Total	0	0	68	100	358	100	0	0	73	100	436	100	935

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

Tabela 82 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de vínculo e natureza jurídica – Região Vale do Jurumirim , 2016.

Tipo de vínculo	Pública fede- ral		Pública Esta- dual		Pública Muni- cipal		Pública ou- tros		Privada lu- crativa		Privada não lucra- tiva		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estatutário	0	*	3	37,5	123	30,8	0	*	0	0	0	0,0	126
Empregado público	0	*	3	37,5	51	12,8	0	*	0	0	0	0,0	54
Comissionado	0	*	0	0,0	7	1,8	0	*	0	0	0	0,0	7
Celetista	0	*	0	0,0	3	0,8	0	*	5	5,8	9	1,6	17
Temporário	0	*	2	25,0	111	27,8	0	*	0	0,0	3	0,5	116
Autônomo, pessoa física	0	*	0	0,0	25	6,3	0	*	64	74,4	325	58,2	414
Autônomo, pessoa jurídica	0	*	0	0,0	39	9,8	0	*	5	5,8	218	39,1	262
Cooperado	0	*	0	0,0	9	2,3	0	*	2	2,3	0	0,0	11
Bolsista	0	*	0	0,0	18	4,5	0	*	0	0,0	0	0,0	18
Residente	0	*	0	0,0	0	0,0	0	*	0	0,0	0	0,0	0
Estagiário	0	*	0	0,0	0	0,0	0	*	0	0,0	0	0,0	0
Informal	0	*	0	0,0	0	0,0	0	*	0	0,0	0	0,0	0
Outros, vínculo empregatício sem descrição	0	*	0	0,0	1	0,3	0	*	0	0,0	0	0,0	1
Outros, autônomo sem descrição	0	*	0	0,0	13	3,3	0	*	10	11,6	3	0,5	26
Sem informação	0	*	0	0,0	0	0,0	0	*	0	0	0	0,0	0
Total	0	0	8	100	400	100	0	0	86	100	558	100	1.052

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

Tabela 83 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de vínculo e natureza jurídica – Região Litoral Norte , 2016.

Tipo de vínculo	Pública federal		Pública Estadual		Pública Municipal		Pública outros		Privada lucrativa		Privada não lucrativa		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estatutário	0	0	2	2,3	174	39,3	0	0	0	0	4	0,7	180
Empregado público	0	0	0	0,0	62	14,0	0	0	0	0	61	10,2	123
Comissionado	0	0	0	0,0	12	2,7	0	0	0	0	0	0,0	12
Celetista	0	0	0	0,0	68	15,3	0	0	32	14,3	67	11,2	167
Temporário	0	0	0	0,0	31	7,0	0	0	0	0,0	5	0,8	36
Autônomo, pessoa física	0	0	0	0,0	24	5,4	0	0	101	45,3	310	52,0	435
Autônomo, pessoa jurídica	0	0	83	96,5	48	10,8	0	0	53	23,8	142	23,8	326
Cooperado	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0
Bolsista	0	0	0	0,0	24	5,4	0	0	0	0,0	0	0,0	24
Residente	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0
Estagiário	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0
Informal	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	18	8,1	2	0,3	20
Outros, vínculo empregatício sem descrição	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	1	0,2	1
Outros, autônomo sem descrição	0	0	1	1,2	0	0,0	0	0	19	8,5	4	0,7	24
Sem informação	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	0
Total	0	0	86	100	443	100	0	0	223	100	596	100	1.348

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

Tabela 84 – Distribuição dos vínculos de médicos por tipo de vínculo e natureza jurídica – Região de Campinas , 2016.

Tipo de vínculo	Pública fede- ral		Pública Esta- dual		Pública Munici- pal		Pública ou- tros		Privada lucra- tiva		Privada não lucrativa		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estatutário	0	0	450	24,2	3.120	48,6	1	33,33	0	0	1	0,0	3.572
Empregado público	0	0	280	15,0	885	13,8	1	33,33	0	0	5	0,1	1.171
Comissionado	0	0	7	0,4	11	0,2	0	0	0	0	0	0,0	18
Celetista	0	0	463	24,9	573	8,9	1	33,33	155	2,0	701	9,2	1.893
Temporário	0	0	5	0,3	331	5,2	0	0	78	1,0	30	0,4	444
Autônomo, pessoa física	0	0	3	0,2	691	10,8	0	0	3.590	46,0	4.782	63,0	9.066
Autônomo, pessoa jurídica	0	0	0	0,0	149	2,3	0	0	1.328	17,0	1.004	13,2	2.481
Cooperado	0	0	0	0,0	79	1,2	0	0	342	4,4	3	0,0	424
Bolsista	0	0	0	0,0	229	3,6	0	0	0	0,0	11	0,1	240
Residente	0	0	621	33,4	246	3,8	0	0	0	0,0	298	3,9	1.165
Estagiário	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0
Informal	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	349	4,5	80	1,1	429
Outros, vínculo empregatício sem descrição	0	0	31	1,7	41	0,6	0	0	112	1,4	36	0,5	220
Outros, autônomo sem descrição	0	0	1	0,1	68	1,1	0	0	1.852	23,7	640	8,4	2.561
Sem informação	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0	0,0	0
Total	0	0	1.861	100	6.423	100	3	100	7.806	100	7.591	100	23.684

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

Tabela 85 – Número de estabelecimentos e profissionais (por categoria) da Atenção Primária em Saúde* – São Paulo (regiões selecionadas), junho de 2016.

	Vale de Ribeira	Itapeva	Vale de Jurumirim	Litoral Norte	RM de Campinas
Número de estabelecimentos de APS*	94	78	85	59	300

Número de profissionais em estabelecimentos de APS	Vale de Ribeira	Itapeva	Vale de Jurumirim	Litoral Norte	RM de Campinas
Médicos clínicos/generalistas	50	25	53	26	410
Pediatras	13	13	20	15	362
Ginecologistas e obstetras	15	11	16	13	279
Médicos da Estratégia de Saúde da Família	85	67	69	99	358
Enfermeiros	165	100	121	122	762
Técnicos de enfermagem	140	92	90	72	862
Auxiliares de enfermagem	200	123	160	197	1.122
Cirurgiões-dentistas	68	75	106	68	571
Técnicos em saúde bucal	1	1	6	0	34
Auxiliares de saúde bucal	49	60	55	71	348
Agentes Comunitários de Saúde	615	499	322	524	1.568

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

*Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde, Centros de Saúde e Unidades Mistas.

A.2. Relação Anual de Informações Sociais

Tabela 86 – Evolução do nº de vínculos formais de emprego de médicos, ativos em 31/12, por ano segundo região – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.

Ano	BR	São Paulo	RS Vale do Ribeira	RS Itapeva	RS Vale do Jurumirim	RS Litoral Norte	RM Campinas
2003	203.787	76.369	263	129	148	278	3.914
2004	210.733	77.102	282	121	145	270	4.218
2005	226.021	80.548	293	148	154	280	4.362
2006	235.191	81.425	285	150	151	255	4.322
2007	254.056	85.496	306	169	160	226	4.847
2008	261.558	92.078	374	168	159	226	4.969
2009	277.440	92.973	377	161	176	189	5.367
2010	280.426	93.782	302	144	179	170	5.284
2011	282.127	90.617	279	137	170	167	5.607
2012	277.309	91.512	274	133	167	173	5.600
2013	269.106	77.457	252	107	161	194	5.759
2014	270.040	79.702	322	105	156	175	5.939
2015	272.507	77.597	297	91	149	157	5.794
<i>Incremento bruto</i>	<i>33,72</i>	<i>1,61</i>	<i>12,93</i>	<i>-29,46</i>	<i>0,68</i>	<i>-43,53</i>	<i>48,03</i>
<i>Incr. Geométrico 2003/2015</i>	<i>2,45</i>	<i>0,13</i>	<i>1,02</i>	<i>-2,87</i>	<i>0,06</i>	<i>-4,65</i>	<i>3,32</i>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE.

Tabela 87 – Nº de vínculos formais de emprego de médicos, ativos em 31/12/2015 por região, segundo o tipo de vínculo – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.

Região	Total	CLT		Estatutário		Outros vínculos	
	N	n	%	n	%	n	%
RS Vale do Ribeira	297	213	71,7	65	21,9	19	6,4
RS Itapeva	131	38	41,8	51	56,0	2	2,2
RS Vale do Jurumirim	149	58	38,9	91	61,1	0	0
RS Litoral Norte	157	84	53,5	73	46,5	0	0
RM Campinas	5.794	2.698	46,6	3.075	53,1	21	0,4
São Paulo	77.597	41.856	53,9	34.171	44,0	1.570	2,0
Brasil	272.507	104.565	38,4	157.392	57,8	10.550	3,9

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE.

Tabela 88 – Indicadores gerais dos vínculos formais de emprego de médicos, ativos em 31/12/2015, por natureza jurídica segundo região – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.

Região / Indica- dor	Vale do Ribeira	Itapeva	Vale do Jurumirim	Litoral Norte	RM Cam- pinas	SP	BR
Vínculos ativos	297	91	149	157	5.794	77.597	272.507
% Públicos	72,4	61,5	71,1	54,1	63,8	60	69,7
Média de horas							
Públicos	26,3	24,4	23,8	34,2	29,5	23,1	27,1
Privados	30,5	31,9	27,4	34,6	18,1	20,9	23,1
Total	27,5	27,3	24,9	34,4	25,4	22,2	25,9
Remuneração media (R\$)							
Públicos	11.854,8 2	8.530,16	5.300,59	8.043,3 0	10.281,2 7	8.385,2 0	8.546,1 9
Privados	10.172,2 3	9.496,39	7.003,33	9.512,0 2	7.380,79	9.055,1 3	8.460,5 6
Total	11.390,2 7	8.901,79	5.791,98	8.716,8 5	9.231,51	8.653,2 3	8.520,2 8
Rem media/hora (R\$)							
Públicos	112,5	87,30	55,56	58,74	87,07	90,59	78,79
Privados	83,28	74,52	63,8	68,68	101,72	108,51	91,63
Total	103,54	81,56	58,19	63,32	90,85	97,32	82,26
Admissões							
Públicos	35	2	8	16	447	5.022	37.919
Privados	29	7	8	36	564	10.681	26.959
Total	64	9	16	52	1011	15.703	64.878
Desligamentos							
Públicos	70	1	14	23	495	6.909	35.690
Privados	33	10	6	59	680	11.638	26.838
Total	103	11	20	82	1175	18.547	62.528
Saldo de admissões e desligamentos							
Públicos	-35	1	-6	-7	-48	-1.887	2.229
Privados	-4	-3	2	-23	-116	-957	121
Total	-39	-2	-4	-30	-164	-2.844	2.350
Admissões por 1º emprego							
Públicos	2	0	5	0	35	745	14.056
Privados	4	4	2	3	76	1.421	3.299
Total	6	4	7	3	111	2.166	17.355
% admissões por 1º emprego	9,4	44,4	43,8	5,8	11	13,8	26,8
Tempo médio de emprego (em anos)							
Públicos	7	10,6	11,3	13,3	10,2	13,5	11,6
Privados	3,5	5,6	5,8	5,2	5,1	5,0	5,0
Total	6	8,7	9,7	9,6	8,4	10,1	9,6

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE.

Tabela 89 – Indicadores gerais dos vínculos formais de emprego de médicos, ativos em 31/12/2015, por sexo segundo região – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.

Região / Indicador	Vale do Ribeira	Itapeva	Vale do Jurumirim	Litoral Norte	RM Cam- pinas	SP	BR
Vínculos ativos	297	91	149	157	5.794	77.597	272.507
% Feminina	31,6	29,7	30,2	43,3	48,3	34,08	45,1
Média de horas							
Masculino	28,1	28,3	24,9	34,9	25,5	22	26
Feminino	26,3	24,9	24,9	33,8	25,2	22	26
Total	27,5	27,3	24,9	34,4	25,4	22	26
Remuneração média (R\$)							
Masculino	11.685,99	8.808,11	5.752,72	8.946,26	9.504,21	8.785,27	8.710,68
Feminino	10.751,63	9.123,84	5.882,73	8.416,60	8.939,32	8.484,61	8.288,27
Total	11.390,27	8.901,79	5.791,98	8.716,85	9.231,51	8.653,23	8.520,28
Rem media/hora (R\$)							
Masculino	104,05	77,82	57,82	64,17	93,01	98,74	84,41
Feminino	102,38	91,65	59,04	62,18	88,51	95,5	79,65
Total	103,54	81,56	58,19	63,32	90,85	97,32	82,26
Admissões							
Masculino	34	8	11	25	460	8.168	34.309
Feminino	30	1	5	27	551	7.535	30.569
Total	64	9	16	52	1.011	15.703	64.878
Desligamentos							
Masculino	63	7	12	42	600	10.118	34.298
Feminino	40	4	8	40	579	8.429	28.230
Total	103	11	20	82	1.179	18.547	62.528
Saldo de admissões e desligamentos							
Masculino	-29	1	-1	-17	-140	-1.950	11
Feminino	-10	-3	-3	-13	-28	-894	2.339
Total	-39	-2	-4	-30	-168	-2.844	2.350
Admissões por 1º emprego							
Masculino	2	3	5	0	54	945	9.145
Feminino	4	1	2	3	57	1.221	8.210
Total	6	4	7	3	111	2.166	17.355
% admissões por 1º emprego	9,4	44,4	43,8	5,8	11,0	13,8	26,8
Tempo médio de emprego (em anos)							
Masculino	6,4	9,4	10,8	10,2	9,1	11,0	10,4
Feminino	5,3	7,0	7,3	8,7	7,5	9,0	8,6
Total	6	8,7	9,7	9,6	8,4	10,1	9,6

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE.

Tabela 90 – Remuneração média, em Reais, de vínculos formais de emprego de Médicos, ativos em 31/12 – regiões selecionadas e São Paulo, 2015.

Região SP	Natureza Jurídica	SP	Itapeva	Litoral Norte	RM Campinas	Vale do Jurumirim	Vale do Ribeira
Setor Público Federal	Poder Executivo Federal	7.589,65	-	-	6.242,61	-	-
	Poder Judiciário Federal	18.689,73	-	-	19.028,04	-	-
	Autarquia Federal	14.021,91	-	-	12.349,62	-	-
	Fundação Federal	8.306,75	-	-	-	-	-
	Total	12.096,72	-	-	13.220,61	-	-
Setor Público Estadual	Poder Executivo Estadual ou Distrito Federal	7.733,25	-	-	-	-	-
	Poder Legislativo Estadual ou Distrito Federal	30.471,11	-	-	-	-	-
	Poder Judiciário Estadual	9.711,63	-	-	-	-	-
	Autarquia Estadual ou Distrito Federal	8.191,45	-	-	11.878,11	-	-
	Fundação Estadual ou Distrito Federal	8.927,93	-	-	-	5.505,19	-
	Total	7.887,09	-	-	11.878,11	5.505,19	-
Setor Público Municipal	Poder Executivo Municipal	8.427,33	8.457,21	7.822,84	9.951,90	5.296,65	11.417,30
	Poder Legislativo Municipal	17.186,57	-	-	5.514,29	-	15.471,24
	Autarquia Municipal	6.358,23	-	-	14.355,47	-	-
	Fundação Municipal	11.517,85	-	-	10.253,58	-	-
	Município	8.689,50	10.500,00	-	-	-	-
	Fundação Pública de Direito Privado Municipal	7.292,71	-	8.680,68	-	-	-
	Total	8.265,71	8.530,16	7.935,18	9.965,23	5.296,65	12.126,74
Setor Público - Outros	Associação Pública	11.265,36	-	-	-	-	11.693,68
	Consórcio Público de Direito Privado	9.430,42	-	-	-	-	-
	Total	11.205,89	-	-	-	-	11.693,68

Região SP	Natureza Jurídica	SP	Itapeva	Litoral Norte	RM Campinas	Vale do Jurumirim	Vale do Ribeira
Entidade Empresa Estatual	Empresa Pública	7.978,16	-	-	-	-	-
	Sociedade Mista	12.640,55	-	-	-	-	-
	Total	11.133,51	-	-	-	-	-
Entidade Empresa Privada	SA Aberta	9.977,73	9.192,19	-	-	-	5.661,57
	SA Fechada	10.774,08	4.873,80	-	-	4.207,63	8.654,12
	Sociedade QT Ltda	6.791,05	-	-	-	3.556,90	2.855,16
	Sociedade em Conta de Participação	3.718,74	-	-	-	-	-
	Firma Mercantil Individual	3.147,49	-	-	-	-	-
	Cooperativa	12.025,18	-	-	-	-	-
	Consórcio Empresas	7.377,16	-	-	-	-	-
	Filial, Sucursal ou Agência de Emprego sediada Exterior	6.832,32	-	-	-	-	-
	Sociedade Simples Ltda	4.366,43	-	-	-	-	-
	Consórcio de Empregadores	3.902,72	-	-	-	-	-
	Empresa Individual de Responsabilidade Ltda (De Natureza Empresária)	4.206,82	7.752,73	-	-	-	-
	Total	8.058,34	9.192,19	-	-	3.947,34	6.895,82
Entidades sem Fins Lucrativos	Outros Fundação Privada	8.061,12	-	-	-	12.046,35	-
	Serviço Social Autônomo	6.806,06	-	-	-	5.582,22	-
	Entidade Social 07 - Até RAIS2007	5.511,77	-	-	-	2.452,72	-
	Organização Religiosa	11.724,89	-	-	-	-	-
	Outras Organizações - Associação Privada	9.729,55	9.659,86	-	-	7.479,58	10.384,99
	Total	9.235,45	9.659,86	-	-	7.405,43	10.384,99

Região SP	Natureza Jurídica	SP	Itapeva	Litoral Norte	RM Campinas	Vale do Jurumirim	Vale do Ribeira
	Empresa Individual de Responsabilidade Ltda (De Natureza Simples)	2.181,88	-	-	-	-	-
Pessoa Física	Segurado Especial	2.176,55	-	-	-	-	-
e outras	Contribuinte Individual 07 - Até RAIS2007	5.526,30	-	-	-	-	-
Organizações	Produtor Rural (Pessoa Física)	3.256,41	-	-	-	-	-
Legais	Organização Internacional	14.578,00	-	-	-	-	-
	Total	5.422,38	-	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE.

Tabela 91 – Nº de vínculos, Remuneração média, Máxima e Mínima, Intervalo e Desvio (em Reais), de vínculos formais de emprego de Médicos, ativos em 31/12 por municípios – regiões selecionadas, 2015.

Região	Município	Freq	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Desvio
Itapeva	Apiáí	15	10.494,21	2.109,12	24.017,48	21.908,36	6.624,57
	Barra do Chapéu	2	10.596,95	2.357,59	18.836,32	16.478,73	8.239,36
	Bom Sucesso de Itararé	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Buri	2	10.500,00	10.000,00	11.000,00	1.000,00	500,00
	Guapiara	1	4.873,80	4.873,80	4.873,80	0,00	0,00
	Itaberá	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Itaóca	3	7.620,41	5.314,63	10.655,21	5.340,58	2.240,40
	Itapeva	45	9.296,03	0,00	25.012,38	25.012,38	6.716,85
	Itapirapuã Paulista	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Itararé	14	6.706,53	1.312,80	21.743,88	20.431,08	5.179,05
	Nova Campina	2	5.867,87	4.367,87	7.367,87	3.000,00	1.500,00
	Ribeira	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Ribeirão Branco	6	9.441,21	6.569,48	11.963,91	5.394,43	2.348,99
	Riversul	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Taquarivaí	1	2.124,84	2.124,84	2.124,84	0,00	0,00
Litoral Norte	Caraguatatuba	4	6.190,21	1.357,60	17.125,55	15.767,95	6.357,78
	Ilhabela	44	10.558,42	1.212,46	27.341,38	26.128,92	5.913,92
	São Sebastião	87	7.840,88	0,00	20.136,10	20.136,10	3.554,91
	Ubatuba	22	8.957,16	0,00	12.517,33	12.517,33	3.181,31

Região	Município	Freq	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Desvio
RM Campinas	Americana	236	9.378,36	1.903,60	25.291,98	23.388,38	4.831,19
	Artur Nogueira	18	5.363,08	1.141,37	11.878,85	10.737,48	3.563,39
	Campinas	3435	9.620,26	0,00	44.960,35	44.960,35	5.258,85
	Cosmópolis	14	5.269,74	1.973,89	12.458,53	10.484,64	3.140,80
	Engenheiro Coelho	25	7.281,16	1.359,37	16.985,25	15.625,88	3.816,12
	Holambra	23	7.374,59	2.597,64	12.304,00	9.706,36	2.524,31
	Hortolândia	290	7.492,38	374,17	25.822,11	25.447,94	4.032,03
	Indaiatuba	193	8.163,81	1.800,00	16.475,32	14.675,32	3.763,86
	Itatiba	83	6.295,54	2.298,82	13.240,73	10.941,91	2.833,77
	Jaguariúna	195	7.547,01	253,92	25.652,44	25.398,52	4.277,09
	Monte Mor	30	7.481,23	0,00	13.757,10	13.757,10	3.799,21
	Morungaba	14	3.950,27	1.450,69	7.020,75	5.570,06	1.684,04
	Nova Odessa	64	6.454,80	0,00	12.608,74	12.608,74	2.580,38
	Paulínia	447	12.534,08	0,00	33.522,16	33.522,16	6.115,86
	Pedreira	48	8.265,53	0,00	32.356,56	32.356,56	7.569,26
	Santa Bárbara d'Oeste	140	8.731,38	2.238,85	24.369,06	22.130,21	3.744,92
	Santo Antônio de Posse	16	7.588,90	1.779,04	11.613,55	9.834,51	2.453,48
	Sumaré	156	6.781,11	0,00	20.387,28	20.387,28	3.082,54
	Valinhos	180	7.437,68	776,11	25.485,98	24.709,87	3.982,92
	Vinhedo	187	8.187,89	2.075,73	25.749,10	23.673,37	3.434,89

Região	Município	Freq	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Desvio
Vale do Jurumirim	Águas de Santa Bárbara	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Arandu	6	3.540,42	3.266,77	3.842,52	575,75	184,08
	Avaré	47	5.753,03	966,94	13.121,59	12.154,65	2.762,44
	Barão de Antonina	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Cerqueira César	19	4.528,41	1.792,59	9.425,47	7.632,88	2.513,13
	Coronel Macedo	3	2.387,18	2.162,40	2.499,57	337,17	158,94
	Fartura	9	4.985,44	2.959,03	9.375,50	6.416,47	2.056,78
	Iaras	3	4.202,06	1.595,79	5.525,34	3.929,55	1.842,98
	Itaí	8	6.080,42	3.274,97	7.221,56	3.946,59	1.167,90
	Itaporanga	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Manduri	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Paranapanema	1	1.027,77	1.027,77	1.027,77	0,00	0,00
	Piraju	19	7.811,71	2.513,69	12.529,08	10.015,39	3.565,66
	Sarutaiá	4	9.324,57	4.767,93	18.624,24	13.856,31	5.543,08
	Taguaí	8	4.184,75	2.938,83	9.543,30	6.604,47	2.061,40
	Taquarituba	19	7.028,00	3.213,31	14.981,61	11.768,30	4.285,99
	Tejupá	3	6.097,38	5.991,62	6.236,42	244,80	102,67

Região	Município	Freq	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Desvio
Vale do Ribeira	Barra do Turvo	1	2.610,35	2.610,35	2.610,35	0,00	0,00
	Cajati	31	13.834,07	2.855,16	24.021,46	21.166,30	4.814,90
	Cananéia	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Eldorado	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Iguape	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Ilha Comprida	14	15.471,24	5.942,88	28.472,35	22.529,47	7.274,40
	Iporanga	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Itariri	2	10.449,99	9.899,99	11.000,00	1.100,01	550,01
	Jacupiranga	7	9.405,12	4.833,94	13.762,60	8.928,66	3.837,62
	Juquiá	2	5.924,94	5.453,02	6.396,86	943,84	471,92
	Miracatu	24	4.896,13	0,00	15.512,99	15.512,99	4.479,04
	Parquera-Açu	142	11.562,77	2.737,14	37.510,35	34.773,21	5.701,09
	Pedro de Toledo	9	8.985,31	1.913,32	14.633,24	12.719,92	4.437,17
	Registro	65	12.245,71	0,00	47.952,61	47.952,61	8.581,18
	Sete Barras	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE.

Tabela 92 – Salários médios de admissão de médicos celetistas por região de SP, segundo mês de admissão – regiões selecionadas, São Paulo e Brasil, 2015.

Mês/Ano	Total SP	Itapeva	Litoral Nor- te	RM Cam- pinas	Vale do Jurumirim	Vale do Ribeira
jan/15	5.323,84	7.951,50	-	4.356,94	-	5.778,00
fev/15	5.549,38	11.500,00	-	5.786,47	6.750,00	10.104,33
mar/15	6.185,21	7.500,00	-	5.458,36	12.000,00	5.946,60
abr/15	5.449,18	-	-	4.979,63	6.333,33	8.122,00
mai/15	5.433,31	-	-	4.859,66	-	7.614,00
jun/15	5.195,09	-	5.400,00	2.348,70	-	8.837,63
jul/15	5.309,64	-	-	4.962,51	-	7.014,88
ago/15	5.763,25	3.000,00	10.800,00	4.965,94	-	9.280,00
set/15	5.293,44	10.517,00	-	5.742,70	-	933,00
out/15	5.318,46	-	-	5.317,88	18.624,00	11.844,00
nov/15	5.606,95	20.500,00	-	5.222,19	-	11.628,00
dez/15	5.702,56	-	-	5.473,30	-	8.972,00
jan/16	5.876,12	1.960,00	-	5.231,38	7.968,00	4.577,25
fev/16	6.595,37	-	8.375,00	4.138,08	-	13.668,00
mar/16	6.449,28	-	4.289,00	4.903,76	-	10.336,83
abr/16	6.130,32	-	8.395,00	5.648,90	-	17.830,89
mai/16	6.588,61	-	8.395,00	3.656,80	-	15.343,20
jun/16	6.111,79	-	13.000,00	5.439,48	-	12.387,00
jul/16	6.082,00	7.500,00	11.848,75	3.495,73	12.000,00	12.773,25
ago/16	6.535,79	9.360,00	10.697,50	4.162,44	-	7.996,47
set/16	6.092,65	-	-	4.841,63	-	6.546,67
out/16	6.600,77	-	13.000,00	5.883,92	-	13.029,67
nov/16	6.926,69	-	3.158,33	7.307,34	3.500,00	-
dez/16	6.296,61	-	-	4.519,07	-	12.344,50

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da RAIS/MTE.

A.3. Número de especialistas

Tabela 93 – Número de médicos atuantes na região segundo exercício, titulação e equivalente de tempo integral (ETI) de especialidades médicas - Vale do Ribeira, *circa* 2016.

Especialidade	Médicos exercendo a especialidade	Médicos titulados na especialidade	Equivalente de tempo completo
Clínica médica	165	11	135
Medicina de Família e Comunidade	86	5	85
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	52	23	13
Ginecologia e Obstetrícia	33	27	27
Pediatria	31	24	27
Oftalmologia	21	11	14
Cirurgia Geral	18	24	15
Cardiologia	15	8	9
Ortopedia e Traumatologia	13	7	12
Anestesiologia	11	10	15
Psiquiatria	11	6	6
Gastroenterologia	6	3	2
Medicina do Trabalho	6	10	4
Neurologia	6	4	3
Cirurgia Vascular	5	4	3
Infectologia	5	2	3
Urologia	5	4	5
Dermatologia	4	2	3
Medicina Intensiva	4	3	2
Neurocirurgia	4	5	4
Otorrinolaringologia	4	4	2
Cancerologia	3	4	2
Cirurgia do Aparelho Digestivo	3	4	1
Endoscopia	3	2	1
Nefrologia	3	5	4
Angiologia	2	0	1
Geriatria	2	1	2
Mastologia	2	3	1
Patologia Clínica/Medicina laboratorial	2	0	2
Acupuntura	1	2	0
Cirurgia Plástica	1	3	0
Endocrinologia e Metabologia	1	1	1
Hematologia e Hemoterapia	1	0	0
Medicina Legal e Perícia Médica	1	1	1
Medicina Preventiva e social	1	4	0
Nutrologia	1	0	1
Patologia	1	2	1

Pneumologia	1	1	1
Alergia e Imunologia	0	0	0
Cirurgia Cardiovascular	0	1	0
Cirurgia da Mão	0	0	0
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	0	0	0
Cirurgia Pediátrica	0	1	0
Cirurgia Torácica	0	1	0
Coloproctologia	0	0	0
Genética Médica	0	0	0
Homeopatia	0	2	0
Medicina do Tráfego	0	16	0
Medicina Esportiva	0	1	0
Medicina Física e Reabilitação	0	3	0
Medicina Nuclear	0	0	0
Radioterapia	0	0	0
Reumatologia	0	0	0

Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Especialidades Médicas de 2015 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de junho de 2016.

Obs.: as especialidades estão ordenadas descendentemente de acordo com a primeira coluna. Os médicos ocupados na especialidade são aqueles com pelo menos um vínculo na especialidade no mês de junho de 2016 de acordo com o CNES. Os médicos titulados são aqueles com registro de título na especialidade de acordo com os dados do CFM, CNRM ou AMB disponíveis no CNEM de 2015. O Equivalente de Tempo Integral (ETI), ou FTE (Full Time Equivalent), indica para cada 40 horas de trabalho na especialidade o corresponde a um médico. Os valores do FTE estão arredondados, por isso especialidades com menos de 0,5 aparecem com o valor 0 (zero).

Tabela 94 – Número de médicos atuantes na região segundo exercício, titulação e Equivalente de Tempo Integral (ETI) de especialidades médicas - Itapeva, *circa* 2016.

Especialidade	Médicos exercendo a especialidade	Médicos titulados na especialidade	Equivalente de tempo completo
Clínica médica	166	16	81
Medicina de Família e Comunidade	67	1	67
Ginecologia e Obstetrícia	46	27	32
Cirurgia Geral	45	22	11
Pediatria	38	20	25
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	18	11	8
Anestesiologia	16	10	7
Cardiologia	15	13	8
Oftalmologia	14	11	9
Ortopedia e Traumatologia	13	11	10
Medicina Intensiva	11	4	4
Neurocirurgia	11	7	4
Cirurgia Vascular	9	9	2
Otorrinolaringologia	8	8	3
Psiquiatria	8	3	4
Dermatologia	7	2	3
Gastroenterologia	7	5	2
Neurologia	6	3	4
Urologia	6	4	3
Endocrinologia e Metabologia	5	1	2
Medicina do Trabalho	5	14	2
Nefrologia	5	3	2
Cirurgia Cardiovascular	4	1	1
Endoscopia	4	0	1
Mastologia	3	2	1
Cancerologia	2	3	1
Coloproctologia	2	0	0
Geriatrics	2	0	1
Infectologia	2	2	2
Reumatologia	2	1	0
Acupuntura	1	3	0
Alergia e Imunologia	1	1	0
Angiologia	1	0	0
Cirurgia do Aparelho Digestivo	1	1	0
Cirurgia Plástica	1	1	0
Hematologia e Hemoterapia	1	0	0
Medicina Preventiva e social	1	2	1
Nutrologia	1	0	0
Pneumologia	1	0	1
Cirurgia da Mão	0	0	0

Cirurgia de Cabeça e Pescoço	0	0	0
Cirurgia Pediátrica	0	1	0
Cirurgia Torácica	0	0	0
Genética médica	0	0	0
Homeopatia	0	3	0
Medicina do Tráfego	0	12	0
Medicina Esportiva	0	0	0
Medicina Física e Reabilitação	0	0	0
Medicina Legal e Perícia Médica	0	0	0
Medicina Nuclear	0	0	0
Patologia	0	0	0
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	0	0	0
Radioterapia	0	0	0

Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Especialidades Médicas de 2015 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de junho de 2016.

Obs.: as especialidades estão ordenadas descendentemente de acordo com a primeira coluna.

Os médicos ocupados na especialidade são aqueles com pelo menos um vínculo na especialidade no mês de junho de 2016 de acordo com o CNES. Os médicos titulados são aqueles com registro de título na especialidade de acordo com os dados do CFM, CNRM ou AMB disponíveis no CNEM de 2015. O Equivalente de Tempo Integral (ETI), ou FTE (Full Time Equivalent), indica para cada 40 horas de trabalho na especialidade o corresponde a um médico. Os valores do FTE estão arredondados, por isso especialidades com menos de 0,5 aparecem com o valor 0 (zero).

Tabela 95 – Número de médicos atuantes na região segundo exercício, titulação e Equivalente de Tempo Integral (ETI) de especialidades médicas – Vale do Jurumirim, *circa* 2016.

Especialidade	Médicos exercendo a especialidade	Médicos titulados na especialidade	Equivalente de tempo completo
Clínica médica	197	18	97
Medicina de Família e Comunidade	69	5	68
Cirurgia Geral	58	21	12
Ginecologia e Obstetrícia	40	19	25
Pediatria	36	21	23
Anestesiologia	31	10	7
Ortopedia e Traumatologia	22	13	12
Cardiologia	16	10	7
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	15	5	7
Oftalmologia	14	9	8
Neurologia	13	6	4
Cancerologia	10	2	3
Gastroenterologia	9	2	5
Cirurgia Vascular	7	5	1
Medicina do Trabalho	7	11	1
Otorrinolaringologia	7	4	3
Urologia	7	4	2
Dermatologia	6	4	1
Psiquiatria	6	6	4
Cirurgia Cardiovascular	5	0	1
Cirurgia Plástica	5	5	1
Endoscopia	5	1	1
Cirurgia do Aparelho Digestivo	4	5	1
Endocrinologia e Metabologia	4	2	1
Geriatria	4	2	1
Neurocirurgia	4	4	5
Hematologia e Hemoterapia	3	1	0
Infectologia	3	4	2
Acupuntura	2	1	0
Angiologia	2	1	1
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	2	1	1
Nefrologia	2	2	2
Patologia	2	2	1
Pneumologia	2	1	0
Cirurgia Torácica	1	1	0
Coloproctologia	1	1	0

Mastologia	1	1	0
Medicina Intensiva	1	1	0
Medicina Preventiva e social	1	3	0
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	1	1	0
Reumatologia	1	1	0
Alergia e Imunologia	0	1	0
Cirurgia da Mão	0	1	0
Cirurgia Pediátrica	0	0	0
Genética Médica	0	0	0
Homeopatia	0	3	0
Medicina do Tráfego	0	11	0
Medicina Esportiva	0	0	0
Medicina Física e Reabilitação	0	0	0
Medicina Legal e Perícia Médica	0	2	0
Medicina Nuclear	0	0	0
Nutrologia	0	0	0
Radioterapia	0	0	0

Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Especialidades Médicas de 2015 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de junho de 2016.

Obs.: as especialidades estão ordenadas decendentemente de acordo com a primeira coluna.

Os médicos ocupados na especialidade são aqueles com pelo menos um vínculo na especialidade no mês de junho de 2016 de acordo com o CNES. Os médicos titulados são aqueles com registro de título na especialidade de acordo com os dados do CFM, CNRM ou AMB disponíveis no CNEM de 2015. O Equivalente de Tempo Integral (ETI), ou FTE (Full Time Equivalent), indica para cada 40 horas de trabalho na especialidade o corresponde a um médico. Os valores do FTE estão arredondados, por isso especialidades com menos de 0,5 aparecem com o valor 0 (zero).

Tabela 96 – Número de médicos atuantes na região segundo exercício, titulação e Equivalente de Tempo Integral (ETI) de especialidades médicas – Litoral Norte, *circa* 2016.

Especialidade	Médicos exercendo a especialidade	Médicos titulados na especialidade	Equivalente de tempo completo
Clínica médica	304	21	153
Medicina de Família e Comunidade	99	13	95
Pediatria	71	43	44
Cirurgia Geral	47	39	15
Ginecologia e Obstetrícia	44	30	33
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	36	23	22
Cardiologia	27	15	17
Ortopedia e Traumatologia	27	19	20
Oftalmologia	26	20	18
Anestesiologia	18	18	14
Dermatologia	17	5	11
Medicina Intensiva	12	5	5
Medicina do Trabalho	11	14	5
Psiquiatria	11	6	9
Neurologia	8	4	6
Otorrinolaringologia	8	8	9
Pneumologia	8	4	2
Endocrinologia e Metabologia	7	1	4
Urologia	7	6	6
Cirurgia Vascular	6	2	4
Endoscopia	6	2	2
Gastroenterologia	6	1	3
Cirurgia Plástica	5	5	3
Mastologia	5	3	1
Nefrologia	5	6	4
Infectologia	4	4	4
Neurocirurgia	4	2	2
Cancerologia	3	5	1
Coloproctologia	3	2	1
Hematologia e Hemoterapia	3	3	1
Acupuntura	2	1	1
Medicina Nuclear	2	0	0
Medicina Preventiva e social	2	1	1
Patologia	2	2	1
Reumatologia	2	0	1
Alergia e Imunologia	1	1	0

Cirurgia do Aparelho Digestivo	1	2	0
Cirurgia Pediátrica	1	4	1
Geriatria	1	1	1
Medicina do Tráfego	1	24	1
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	1	4	0
Angiologia	0	1	0
Cirurgia Cardiovascular	0	0	0
Cirurgia da Mão	0	0	0
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	0	0	0
Cirurgia Torácica	0	0	0
Genética Médica	0	0	0
Homeopatia	0	1	0
Medicina Esportiva	0	1	0
Medicina Física e Reabilitação	0	1	0
Medicina Legal e Perícia Médica	0	1	0
Nutrologia	0	0	0
Radioterapia	0	0	0

Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Especialidades Médicas de 2015 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de junho de 2016.

Obs.: as especialidades estão ordenadas decendentemente de acordo com a primeira coluna.

Os médicos ocupados na especialidade são aqueles com pelo menos um vínculo na especialidade no mês de junho de 2016 de acordo com o CNES. Os médicos titulados são aqueles com registro de título na especialidade de acordo com os dados do CFM, CNRM ou AMB disponíveis no CNEM de 2015. O Equivalente de Tempo Integral (ETI), ou FTE (Full Time Equivalent), indica para cada 40 horas de trabalho na especialidade o corresponde a um médico. Os valores do FTE estão arredondados, por isso especialidades com menos de 0,5 aparecem com o valor 0 (zero).

Tabela 97 – Número de médicos atuantes na região segundo exercício, titulação e Equivalente de Tempo Integral (ETI) de especialidades médicas – Metropolitana de Campinas, *circa* 2016.

Especialidade	Médicos exercendo a especialidade	Médicos titulados na especialidade	Equivalente de tempo completo
Clínica médica	2.736	791	1.391
Pediatria	1.298	922	960
Ginecologia e Obstetrícia	851	724	664
Cirurgia Geral	682	805	249
Ortopedia e Traumatologia	447	359	362
Cardiologia	427	286	304
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	421	225	303
Anestesiologia	405	335	282
Medicina de Família e Comunidade	372	47	361
Oftalmologia	372	312	296
Psiquiatria	306	235	231
Dermatologia	283	207	189
Neurologia	198	86	111
Otorrinolaringologia	196	182	145
Gastroenterologia	193	71	85
Medicina Intensiva	193	132	108
Cirurgia Plástica	177	163	93
Endocrinologia e Metabologia	159	110	103
Urologia	151	127	122
Medicina do Trabalho	130	122	53
Cancerologia	127	75	95
Neurocirurgia	124	115	60
Cirurgia Vascular	121	116	51
Nefrologia	108	89	69
Cirurgia do Aparelho Digestivo	103	120	30
Infectologia	102	70	73
Cirurgia Cardiovascular	99	35	31
Endoscopia	99	60	48
Angiologia	83	8	35
Pneumologia	82	59	55
Hematologia e Hemoterapia	77	63	65
Patologia	73	66	56
Reumatologia	72	60	45
Coloproctologia	70	48	26
Patologia Clínica/Medicina Laboratorial	66	48	52

Acupuntura	64	111	31
Medicina Preventiva e social	57	67	41
Homeopatia	55	55	31
Cirurgia Pediátrica	50	30	38
Geriatría	43	29	20
Mastologia	42	43	18
Alergia e Imunologia	30	34	15
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	27	29	15
Medicina Nuclear	24	25	16
Radioterapia	23	22	17
Cirurgia Torácica	20	19	14
Genética Médica	15	15	6
Nutrologia	11	46	2
Medicina Legal e Perícia Médica	3	12	1
Medicina do Tráfego	2	242	1
Cirurgia da Mão	1	24	0
Medicina Esportiva	0	17	0
Medicina Física e Reabilitação	0	20	0

Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Especialidades Médicas de 2015 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de junho de 2016.

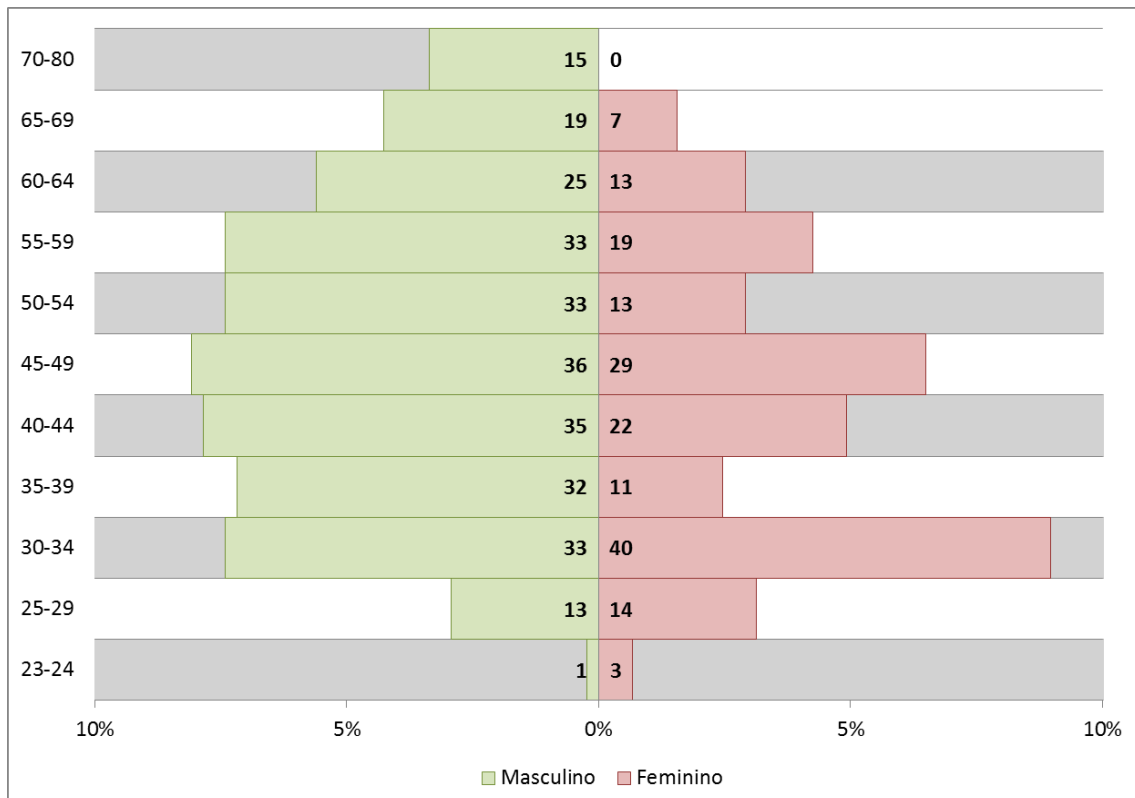
Obs.: as especialidades estão ordenadas decendentemente de acordo com a primeira coluna.

Os médicos ocupados na especialidade são aqueles com pelo menos um vínculo na especialidade no mês de junho de 2016 de acordo com o CNES. Os médicos titulados são aqueles com registro de título na especialidade de acordo com os dados do CFM, CNRM ou AMB disponíveis no CNEM de 2015. O Equivalente de Tempo Integral (ETI), ou FTE (Full Time Equivalent), indica para cada 40 horas de trabalho na especialidade o corresponde a um médico. Os valores do FTE estão arredondados, por isso especialidades com menos de 0,5 aparecem com o valor 0 (zero).

A.4. Pirâmides etárias

Total de médicos atuantes nas regiões em 2016

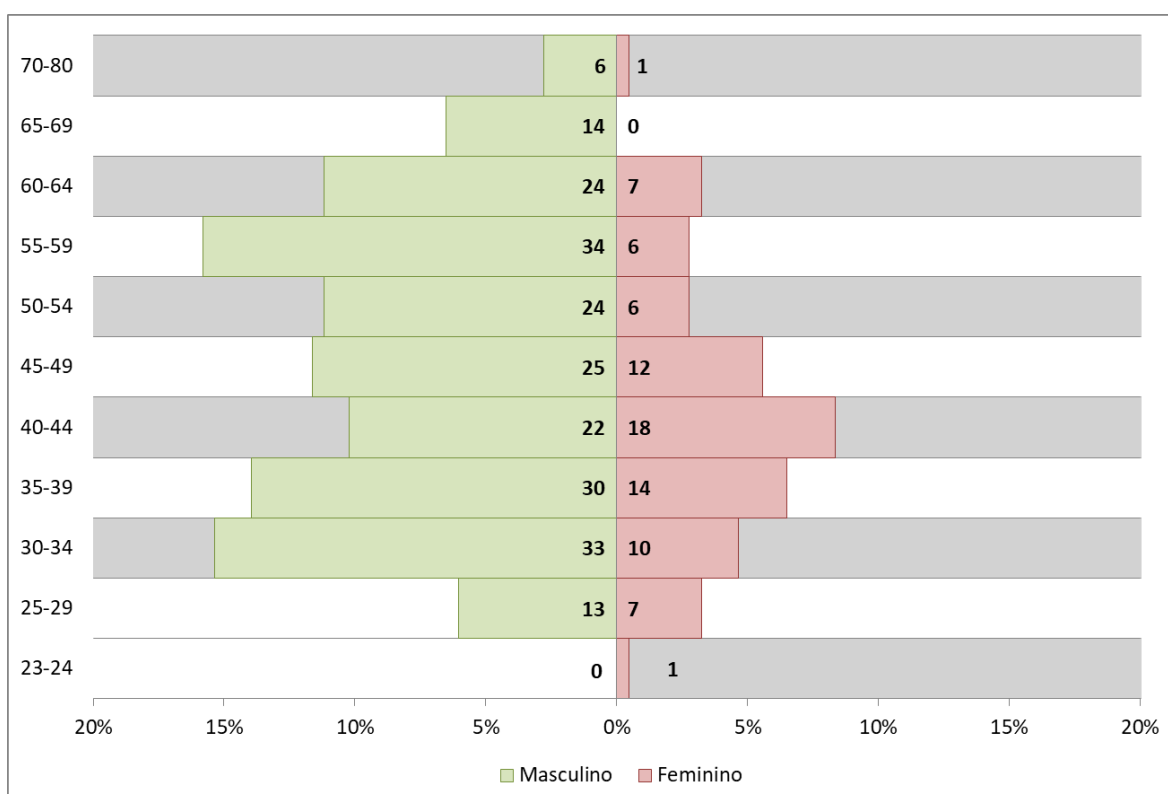
Figura 8 – Pirâmide etária de médicos atuantes na região* - Vale do Ribeira, circa 2016.



Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Especialidades Médicas de 2015 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de junho de 2016.

*Foram desconsiderados 3 casos de médicos sem informação de idade ou com idade superior inferior a 21 e superior a 80 anos. A participação feminina no total é de 38,1%.

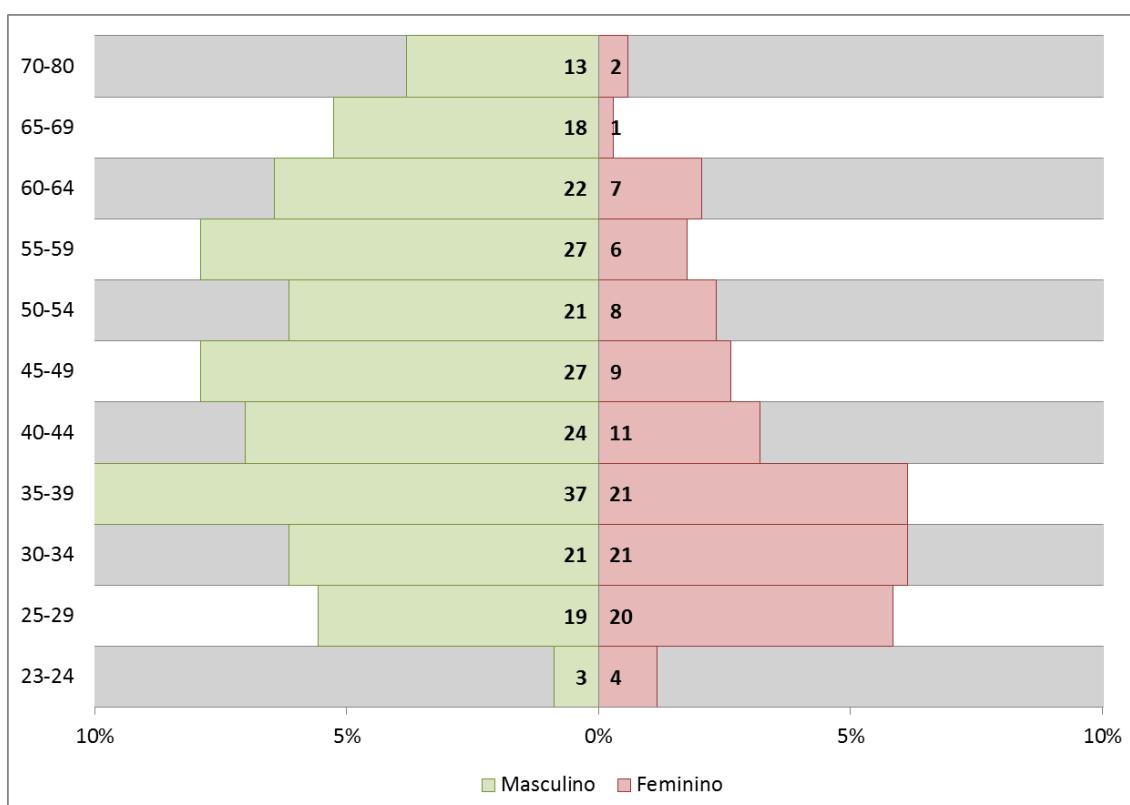
Figura 9 – Pirâmide etária de médicos atuantes na região* - Itapeva, *circa* 2016.



Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Especialidades Médicas de 2015 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de junho de 2016.

*Foram desconsiderados 13 casos de médicos sem informação de idade ou com idade superior inferior a 21 e superior a 80 anos. A participação feminina no total é de 26,7%.

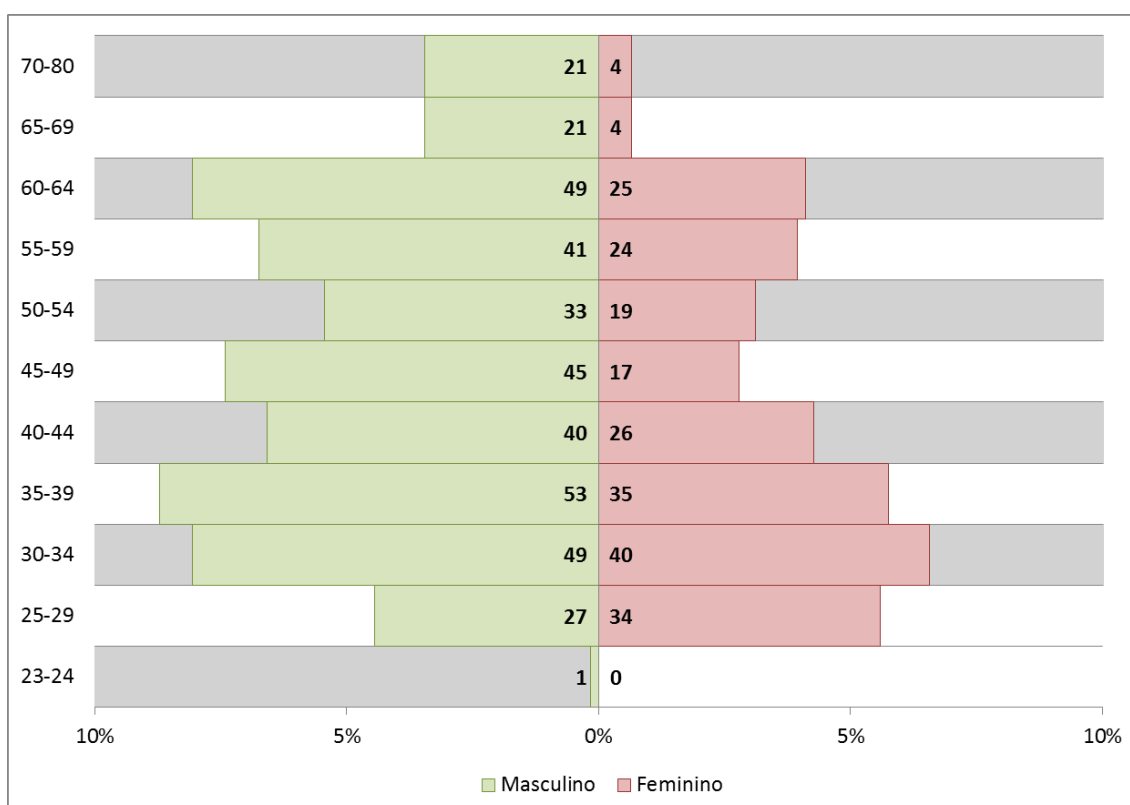
Figura 10 – Pirâmide etária de médicos atuantes na região* - Vale do Jurumirim, *circa* 2016.



Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Especialidades Médicas de 2015 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de junho de 2016.

*Foram desconsiderados 7 casos de médicos sem informação de idade ou com idade superior inferior a 21 e superior a 80 anos. A participação feminina no total é de 31,5%.

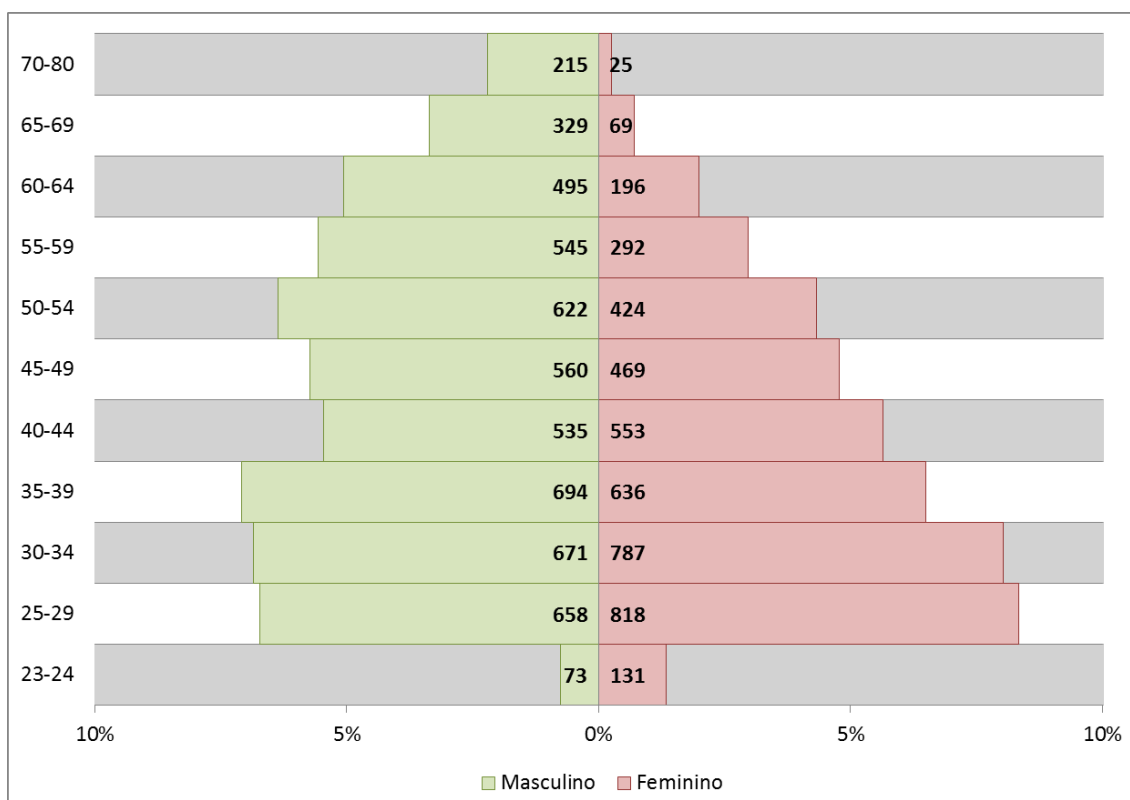
Figura 11 – Pirâmide etária de médicos atuantes na região* - Litoral Norte, *circa* 2016.



Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Especialidades Médicas de 2015 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de junho de 2016.

*Foram desconsiderados 6 casos de médicos sem informação de idade ou com idade superior inferior a 21 e superior a 80 anos. A participação feminina no total é de 37,1%.

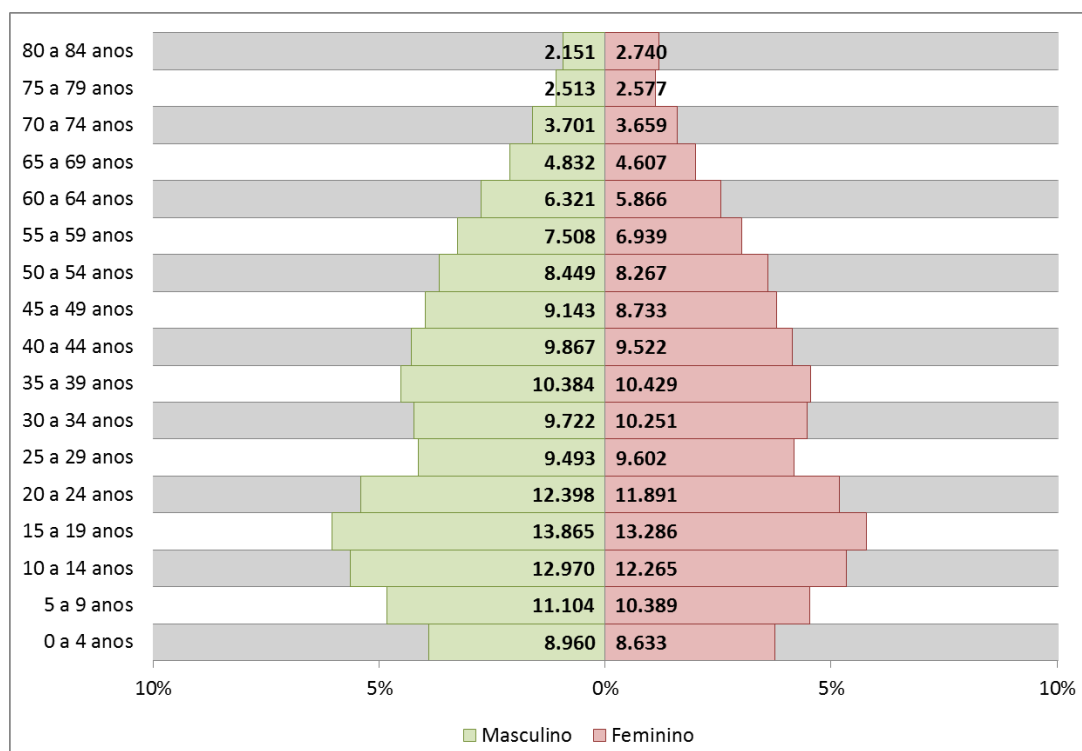
Figura 12 – Pirâmide etária de médicos atuantes na região* - Metropolitana de Campinas, *circa* 2016.



Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Especialidades Médicas de 2015 e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de junho de 2016.

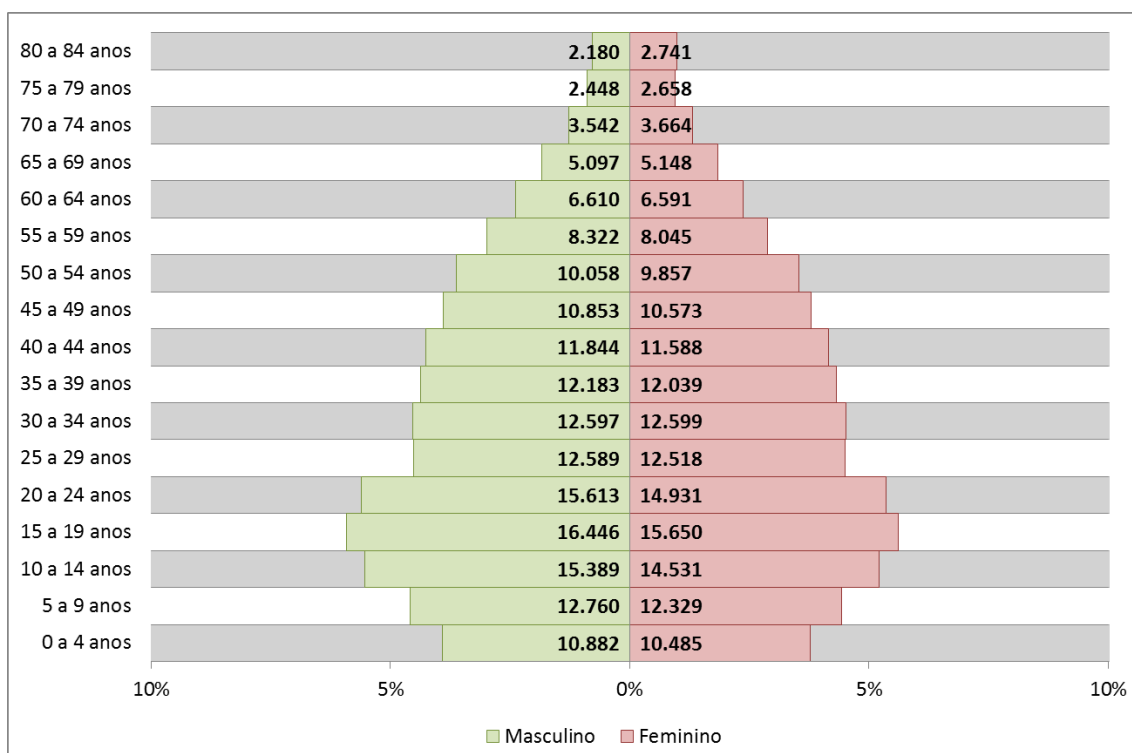
*Foram desconsiderados 95 casos de médicos sem informação de idade ou com idade superior inferior a 21 e superior a 80 anos. A participação feminina no total é de 44,5%.

Figura 13 – Pirâmide etária do total da população residente – Vale do Ribeira, 2015.



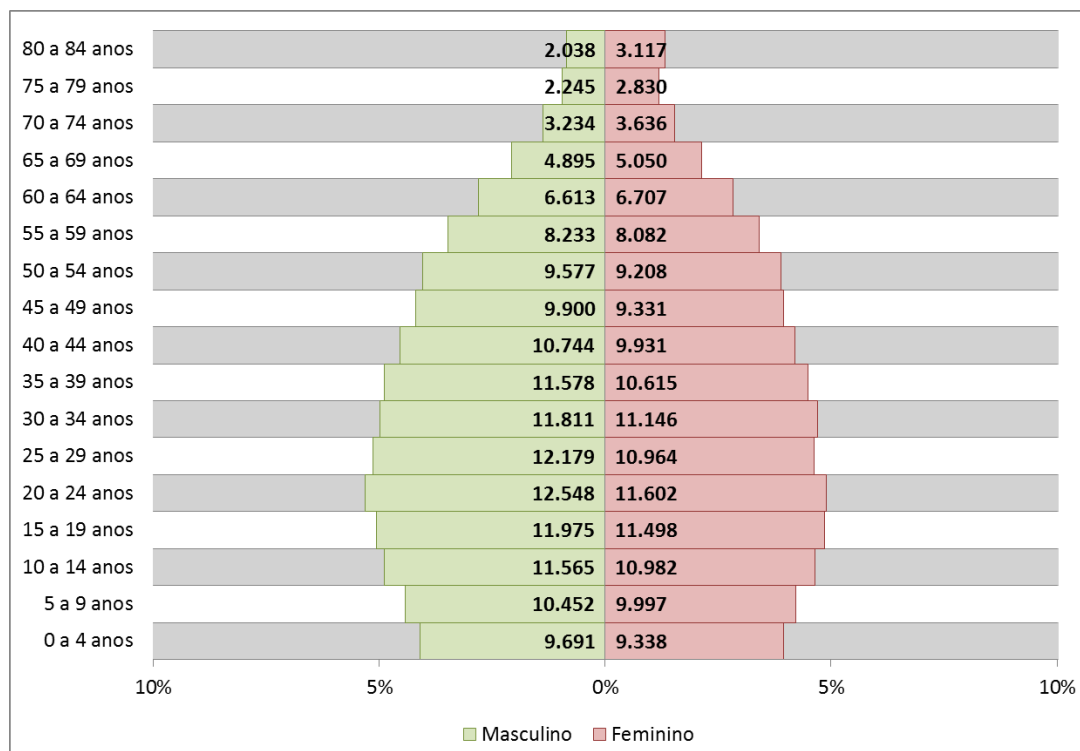
Fonte: EPSM a partir das projeções populacionais do CEDEPLAR (2014).

Figura 14 – Pirâmide etária do total da população residente – Itapeva, 2015.



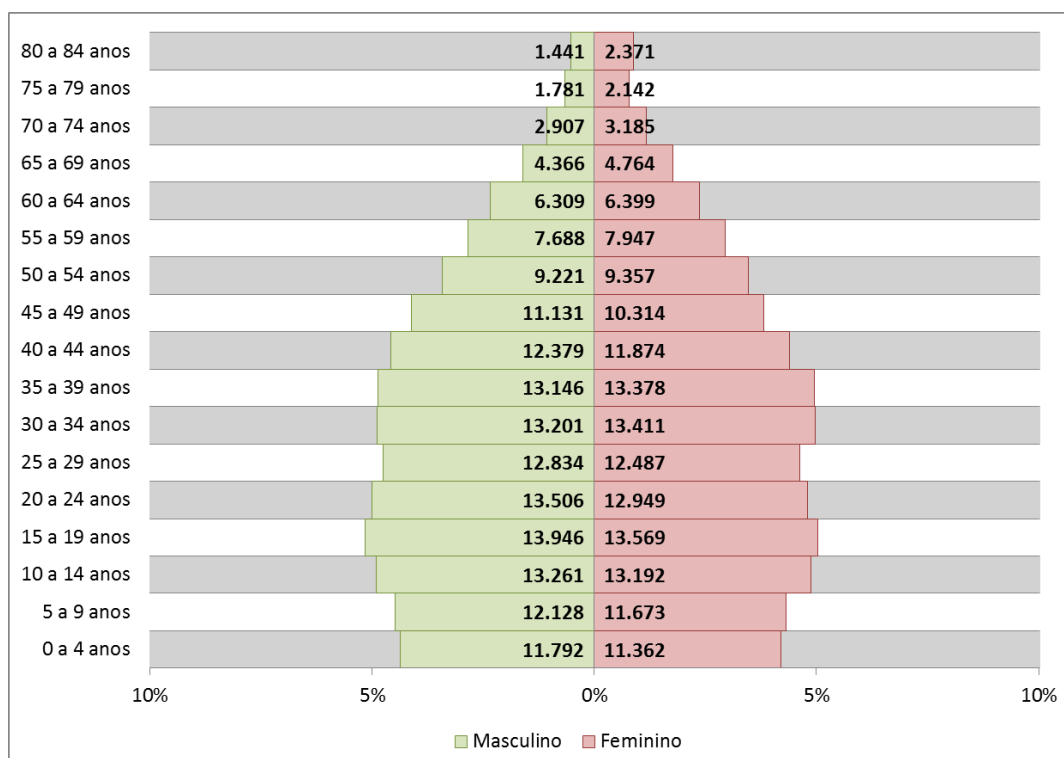
Fonte: EPSM a partir das projeções populacionais do CEDEPLAR (2014).

Figura 15 – Pirâmide etária do total da população residente – Vale do Jurumirim, 2015.



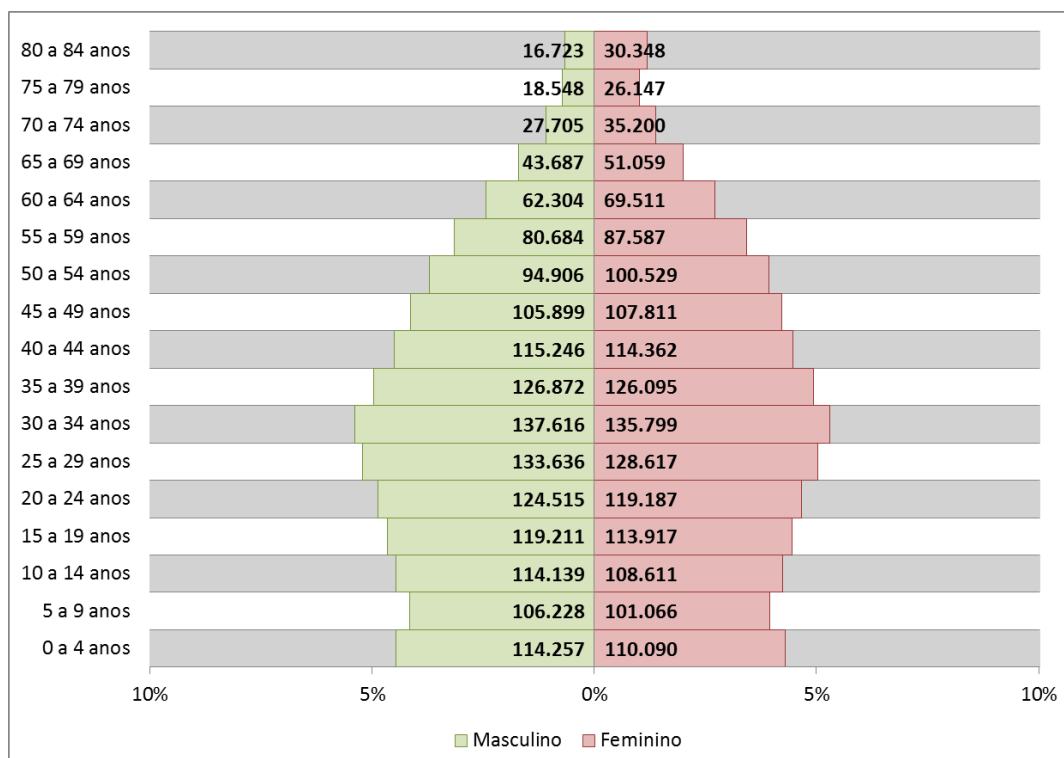
Fonte: EPSM a partir das projeções populacionais do CEDEPLAR (2014).

Figura 16 – Pirâmide etária do total da população residente – Litoral Norte, 2015.



Fonte: EPSM a partir das projeções populacionais do CEDEPLAR (2014).

Figura 17 – Pirâmide etária do total da população residente – RM Campinas, 2015.



Fonte: EPSM a partir das projeções populacionais do CEDEPLAR (2014).

APENDICE B – Análise dos Quocientes Locacionais

Neste apêndice apresentamos mais detalhadamente os dados relativos aos quocientes locacionais, que foram calculados buscando compreender o arranjo produtivo local das cinco regiões do estudo. Esses dados foram apresentados apenas sumariamente no tópico x do presente relatório. Primeiramente, caracterizamos as atividades econômicas das regiões a partir da Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS/MTE). A RAIS cobre a totalidade dos estabelecimentos empregadores e dos vínculos formais de emprego no total da economia. A partir da classificação de atividades foi possível discriminar aquelas que são específicas da área da saúde e aquelas consideradas de maior importância econômica no local. Em seguida, caracterizamos o arranjo produtivo da assistência à saúde regional a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde (CNES/MS). Diferentemente da RAIS, o CNES não se limita ao mercado de trabalho formal, pois também informa estabelecimentos e vínculos que estão na economia informal. Note-se, porém, que o mesmo se limita aos estabelecimentos de assistência direta à saúde e seus respectivos vínculos de trabalho.

Vale do Ribeira

Segundo a tabela 21, a RAIS informava a existência de 45.914 vínculos formais de emprego, ativos em 31 de dezembro de 2014, nos 15 municípios que compõem a região de saúde do Vale do Ribeira, distribuídos em quase 6 mil estabelecimentos empregadores, o equivalente a uma média de 8,34 vínculos por estabelecimento. Destes, 28,6% eram relacionados ao comércio varejista, que empregava 18% dos vínculos, resultando numa média de 5,4 vínculos por estabelecimento. Também apareceu com relevância a atividade de Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva (Classe 1334), com 14,9% dos estabelecimentos e 9,2% dos vínculos. Por outro lado, a Administração Pública em geral (Classe 84.116) representava apenas 0,6% dos estabelecimentos, mas aproximadamente 20% dos vínculos, com uma média de 294 vínculos por estabelecimento.

A observação dos quocientes locacionais demonstra que a região concentra atividades do setor primário, sendo a de maior relevância o Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva (Classe 1334), com um QL de 81,60 para estabelecimentos e 69,31 para vínculos. Na sequência se destacam a Fabricação de Conservas de Legumes e Outros Vegetais (Classe 10325), o Cultivo de Flores e Plantas Ornamentais (Classe 1229), o Cultivo de Plantas de

Lavoura Permanente, não especificadas anteriormente (Classe 1393) e a Aquicultura em água Doce (Classe 3221).

Dentre as classes de atividade econômica do setor saúde, a com maior número de estabelecimentos era a de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305), com 84 estabelecimentos. Já a atividade com maior número de vínculos, as Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101), com 1.000 vínculos distribuídos em 3 estabelecimentos. Nenhum dos municípios da região contava com estabelecimentos de Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216). A região contava ainda com 80 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 30 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741).

Buscando compreender mais detalhadamente a atividade econômica da saúde na região, a tabela 22 apresenta o número de estabelecimentos de saúde, número de vínculos, quociente locacional e número de vínculos por estabelecimento. Segundo o CNES, na região Vale do Ribeira, em junho de 2016, havia um total de 4.778 vínculos distribuídos em 285 estabelecimentos de saúde. Destes, 30,5% representava estabelecimentos do tipo Consultório Isolado, com 2,2% dos vínculos, resultando numa média de 1,2 vínculos por estabelecimento. Os Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde somavam 29,5% dos estabelecimentos, e 34,6% dos vínculos, apresentando, em média, 19,7 de vínculos por estabelecimento. Destacam-se também os Hospitais Gerais, que representavam 1,4% dos estabelecimentos e 29,2 % de vínculos, resultando numa média de 348,5 vínculos por estabelecimento. Os maiores quocientes locacionais foram observados em Pronto Atendimento (7,6 para estabelecimento e 3,3 para vínculos); Pronto Socorro Geral (5,6 para estabelecimentos e 3,2 para vínculos); Unidade Mista (1,5 e 4,5); e Unidade de Atenção à Saúde Indígena (3,0 e 3,0).

Tabela 98 – Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Vale do Ribeira, 2014.

Classes de atividade	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab
	N	QL	%	N	QL	%	
Total da economia	5.505			45.914			8,34
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	3	0,24	0,05	1.000	0,94	2,18	333,33
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	NSA
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Serv. Móveis de Atend. a Urgências (Classe 86224)	2	7,80	0,04	4	1,44	0,01	2,00
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	84	0,54	1,53	325	1,22	0,71	3,87
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86402)	21	0,71	0,38	144	0,69	0,31	6,86
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	13	0,46	0,24	17	0,27	0,04	1,31
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607)	1	0,70	0,02	2	0,04	0,00	2,00
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	7	0,53	0,13	40	0,42	0,09	5,71
Com. Atacad. de Prod. Farmac. para Uso Humano e Veter. (Classe 46443)	2	0,48	0,04	3	0,05	0,01	1,50
Com. Atac. de Instrum. e Materiais para Uso Médico, Cirúrg., Ortop. e Odonto. (Classe 46451)	2	0,31	0,04	10	0,26	0,02	5,00
Comércio Varejista de Produtos Farmac. para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	80	0,76	1,45	335	0,82	0,73	4,19
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	3	0,41	0,05	8	0,39	0,02	2,67
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	30	1,01	0,54	65	1,01	0,14	2,17
Comércio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	1.459	0,96	26,5	8.090	1,4	17,6	5,5
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	31	1,44	0,56	9.133	1,22	19,89	294,61
Cultivo de Frutas de Lavoura Permanente, Exceto Laranja e Uva (Classe 1334)	818	81,60	14,86	4.199	69,31	9,15	5,13
Fabricação de Conservas de Legumes e Outros Vegetais (Classe 10325)	22	27,22	0,40	251	23,55	0,55	11,41
Cultivo de Flores e Plantas Ornamentais (Classe 1229)	86	24,19	1,56	355	20,53	0,77	4,13
Cultivo de Plantas de Lavoura Permanente, não especificadas anteriormente (Classe 1393)	77	14,47	1,40	233	8,89	0,51	3,03
Aquicultura em água Doce (Classe 3221)	21	11,86	0,38	32	4,87	0,07	1,52
Fabricação de Tintas de Impressão (Classe 20720)	1	11,04	0,02	41	27,29	0,09	41,00
Atividades de Apoio à Agricultura (Classe 1610)	235	8,20	4,27	1.016	11,25	2,21	4,32
Pesca em água Salgada (Classe 3116)	10	8,14	0,18	105	17,30	0,23	10,50
Serviços de Preparação do Terreno não Especificados Anteriormente (Classe 43193)	3	5,53	0,05	234	31,70	0,51	78,00
Concessionárias de Rodovias, Pontes, Túneis e Serviços Relacionados (Classe 52214)	1	5,39	0,02	657	28,28	1,43	657,00
Tratamento e Disposição de Resíduos Perigosos (Classe 38220)	1	5,32	0,02	52	10,98	0,11	52,00
Regulação das Atividades de Saúde, Educação, Serviços Culturais e Outros Serviços Sociais (Classe 84124)	2	5,26	0,04	1.381	7,80	3,01	690,50
Fabricação de Produtos Químicos Inorgânicos não Especificados Anteriormente (Classe 20193)	1	3,31	0,02	538	74,72	1,17	538,00

Fonte: EPSM a partir dos dados da Relação Anual de Informações Sociais.

Tabela 99 – Número de estabelecimentos, nº de vínculos, Quociente Locacional (QL), e número de vínculos por estabelecimentos, segundo tipo de estabelecimento - Vale do Ribeira, junho de 2016.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab
	N	QL	%	N	QL	%	
Posto de Saúde	9	1	3,2	87	0,9	1,8	9,7
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	84	2,4	29,5	1.651	1,6	34,6	19,7
Policlínica	5	0,8	1,8	46	0,3	1	9,2
Hospital Geral	4	0,8	1,4	1394	0,9	29,2	348,5
Hospital Especializado	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade Mista	1	1,5	0,4	171	4,5	3,6	171
Pronto Socorro Geral	2	5,6	0,7	136	3,2	2,8	68
Pronto Socorro Especializado	0	0	0	0	0	0	NSA
Consultório Isolado	87	0,6	30,5	103	0,3	2,2	1,2
Unidade Móvel Fluvial	0	0	0	0	0	0	NSA
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	24	0,6	8,4	226	0,6	4,7	9,4
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	27	1,3	9,5	125	0,8	2,6	4,6
Unidade Móvel Terrestre	3	3,4	1,1	10	1	0,2	3,3
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	2	0,5	0,7	98	1,6	2,1	49
Farmácia	2	0,9	0,7	8	0,7	0,2	4
Unidade de Vigilância em Saúde	2	1	0,7	33	0,5	0,7	16,5
Cooperativa	0	0	0	0	0	0	NSA
Centro de Parto Normal - Isolado	0	0	0	0	0	0	NSA
Hospital-dia (isolado)	0	0	0	0	0	0	NSA
Central de regulação de serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	NSA
Laboratório Central de Saúde Pública LACEN	0	0	0	0	0	0	NSA
Secretaria de Saúde	15	2,7	5,3	209	1,3	4,4	13,9
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematologia	0	0	0	0	0	0	NSA
Centro de Atenção Psicossocial	3	1,1	1,1	37	0,6	0,8	12,3
Centro de Apoio à Saúde da Família	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	2	3	0,7	34	3	0,7	17
Pronto Atendimento	7	7,6	2,5	397	3,3	8,3	56,7
Polo Academia da Saúde	5	2,9	1,8	10	2,2	0,2	2
Telessaúde	0	0	0	0	0	0	NSA
Central da regulação medica das urgências	0	0	0	0	0	0	NSA
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade de Atenção em Regime Residencial	0	0	0	0	0	0	NSA
Oficina ortopédica	0	0	0	0	0	0	NSA
Laboratório de Saúde Pública	1	3,7	0,4	3	0,5	0,1	3
Central de regulação	0	0	0	0	0	0	NSA
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	0	0	0	0	0	0	NSA
Total	285	1	100	4.778	1	100	16,8

Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Os 15 municípios que compõem a região de saúde de Itapeva somavam pouco mais de 63 mil vínculos formais de emprego, ativos em 31 de dezembro de 2014, distribuídos em 7.596 estabelecimentos, com uma média de 8,3 vínculos por estabelecimento (tabela 23). Destes, 30% eram relacionados ao comércio varejista, que empregavam 17% dos vínculos, resultando numa média de 4,6 vínculos por estabelecimento. Também apareceu com relevância o Cultivo de Plantas de Lavoura Temporária, não Especificadas Anteriormente (Classe 1199), com 7,5% dos estabelecimentos e 8,1% dos vínculos. Por outro lado, a Administração Pública em geral (Classe 84.116) representava apenas 1,3% dos estabelecimentos, mas concentrava aproximadamente 21% dos vínculos, uma média de 343 vínculos por estabelecimento. As principais atividades da região, com os maiores quocientes locacionais, foram as do setor primário e da fabricação de produtos para construção civil. Os maiores QL foram observados no Cultivo de Plantas de Lavoura Temporária, não Especificadas Anteriormente (Classe 1199), sendo 30,6 para estabelecimentos e 77,6 para vínculos. Na sequência se destacam o Cultivo de Algodão Herbáceo e de Outras Fibras de Lavoura Temporária (Classe 1121), Comércio Atacadista de Madeira e Produtos Derivados (Classe 46711), Produção Florestal - Florestas Plantadas (Classe 2101), Atividades de Apoio à Produção Florestal (Classe 2306), Fabricação de Cimento (Classe 23206) e Extração de Minerais Não-Metálicos não Especificados Anteriormente (Classe 8991).

Dentre as classes de atividade econômica do setor saúde, a com maior número de estabelecimentos era a de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305), com 142 estabelecimentos. Já a atividade com o maior número de vínculos era a de Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101): 1.293 vínculos distribuídos em 13 estabelecimentos. Nenhum dos municípios da região contava com estabelecimentos de Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216) e de Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Serv. Móveis de Atend. a Urgências (Classe 86224). A região contava ainda com 141 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 28 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741).

Nos dados do CNES em Junho de 2016 (tabela 24), a região apresentava 4.789 vínculos distribuídos em 477 estabelecimentos. Destes, 45,7% eram Consultórios Isolados, representando 5,0% dos vínculos, com uma média de 1,1 vínculos por estabelecimento. Em seguida Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde com 16,8% de estabelecimentos, representando 29,7% dos vínculos, em média 17,8 vínculos por estabelecimento. Em Hospital Geral, foram

observados 29,6% dos vínculos, contra 1,3% dos estabelecimentos, resultando numa média de 236,3 vínculos por estabelecimento. Os maiores quocientes locacionais, estavam em estabelecimentos de Central de Regulação, sendo 13,8 para estabelecimentos e 5,3 para vínculos.

Tabela 100 - Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Itapeva, 2014.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab
	N	QL	%	N	QL	%	
Total da economia	7.596			63.088			8,31
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	13	0,76	0,17	1.293	0,89	2,05	99,46
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	NSA
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Serv. Móveis de Atend. a Urgências (Classe 86224)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	NSA
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	142	0,66	1,87	219	0,60	0,35	1,54
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86402)	27	0,67	0,36	170	0,59	0,27	6,30
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	12	0,30	0,16	21	0,25	0,03	1,75
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607)	1	0,51	0,01	2	0,03	0,00	2,00
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	10	0,55	0,13	28	0,22	0,04	2,80
Com. Atacad. de Prod. Farmac. para Uso Humano e Veter. (Classe 46443)	3	0,52	0,04	5	0,06	0,01	1,67
Com. Atac. de Instrum. e Materiais para Uso Médico, Cirúr., Ortop. e Odonto. (Classe 46451)	1	0,11	0,01	14	0,27	0,02	14,00
Comércio Varejista de Produtos Farmac. para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	141	0,97	1,86	569	1,01	0,90	4,04
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	3	0,30	0,04	4	0,14	0,01	1,33
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	28	0,68	0,37	69	0,78	0,11	2,46
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	2.142	1,03	28,2	10.117	1,2	16,0	4,7
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	38	1,28	0,50	13.032	1,26	20,66	342,95
Cultivo de Plantas de Lavoura Temporária não Especificadas Anteriormente (Classe 1199)	569	30,60	7,49	5.123	77,63	8,12	9,00
Cultivo de Algodão Herbáceo e de Outras Fibras de Lavoura Temporária (Classe 1121)	77	22,46	1,01	206	11,63	0,33	2,68
Comércio Atacadista de Madeira e Produtos Derivados (Classe 46711)	85	20,97	1,12	675	32,38	1,07	7,94
Produção Florestal - Florestas Plantadas (Classe 2101)	250	20,15	3,29	2.628	33,03	4,17	10,51
Atividades de Apoio à Produção Florestal (Classe 2306)	46	16,29	0,61	942	19,21	1,49	20,48
Fabricação de Cimento (Classe 23206)	4	14,75	0,05	482	19,84	0,76	120,50
Extração de Minerais Não-Metálicos não Especificados Anteriormente (Classe 8991)	14	10,87	0,18	295	17,65	0,47	21,07
Produção Florestal - Florestas Nativas (Classe 2209)	25	10,66	0,33	489	46,32	0,78	19,56
Cultivo de Oleaginosas de Lavoura Temporária, Exceto Soja (Classe 1164)	18	9,17	0,24	145	20,96	0,23	8,06
Cultivo de Cereais (Classe 1113)	343	9,00	4,52	1.341	14,94	2,13	3,91
Desdobramento de Madeira (Classe 16102)	89	6,61	1,17	1.292	13,40	2,05	14,52
Horticultura (Classe 1211)	60	5,63	0,79	682	19,58	1,08	11,37
Produção de Ferroligas (Classe 24121)	1	5,47	0,01	444	41,08	0,70	444,00
Fabricação de Cal e Gesso (Classe 23923)	5	5,45	0,07	474	40,87	0,75	94,80
Fabricação de Artefatos de Tanoaria e de Embalagens de Madeira (Classe 16234)	7	3,52	0,09	504	28,34	0,80	72,00
Comércio de Peças e Acessórios para Veículos Automotores (Classe 45307)	231	1,30	3,04	864	1,51	1,37	3,74
Transporte Rodoviário de Carga (Classe 49302)	245	1,26	3,23	1.661	1,40	2,63	6,78
Fabricação de Produtos de Pastas Celulósicas, Papel, Cartolina, Papel-Cartão e Papelão Ondulado não Espec. Anteriormente (Classe 17494)	1	1,07	0,01	476	28,43	0,75	476,00

Fonte: EPSM a partir dos dados da Relação Anual de Informações Sociais.

Tabela 101 – Número de estabelecimentos, nº de vínculos, Quociente Locacional (QL), e número de vínculos por estabelecimentos, segundo tipo de estabelecimento - Itapeva, 2016.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos			Vínculos			Vínc/ Estab
	N	QL	%	N	QL	%	
Posto de Saúde	24	1,5	5	174	1,8	3,6	7,3
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	80	1,4	16,8	1.422	1,4	29,7	17,8
Policlínica	25	2,3	5,2	308	2,1	6,4	12,3
Hospital Geral	6	0,7	1,3	1418	0,9	29,6	236,3
Hospital Especializado	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade Mista	0	0	0	0	0	0	NSA
Pronto Socorro Geral	2	3,3	0,4	69	1,6	1,4	34,5
Pronto Socorro Especializado	0	0	0	0	0	0	NSA
Consultório Isolado	218	0,9	45,7	239	0,8	5	1,1
Unidade Móvel Fluvial	0	0	0	0	0	0	NSA
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	35	0,5	7,3	304	0,8	6,3	8,7
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	27	0,8	5,7	76	0,5	1,6	2,8
Unidade Móvel Terrestre	1	0,7	0,2	2	0,2	0	2
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	7	1,1	1,5	70	1,2	1,5	10
Farmácia	4	1,1	0,8	26	2,2	0,5	6,5
Unidade de Vigilância em Saúde	1	0,3	0,2	13	0,2	0,3	13
Cooperativa	0	0	0	0	0	0	NSA
Centro de Parto Normal - Isolado	0	0	0	0	0	0	NSA
Hospital-dia (isolado)	1	1,1	0,2	29	1,2	0,6	29
Central de regulação de serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	NSA
Laboratório Central de Saúde Pública LACEN	0	0	0	0	0	0	NSA
Secretaria de Saúde	17	1,8	3,6	313	2	6,5	18,4
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematologia	0	0	0	0	0	0	NSA
Centro de Atenção Psicossocial	6	1,3	1,3	72	1,1	1,5	12
Centro de Apoio à Saúde da Família	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0	0	0	0	0	0	NSA
Pronto Atendimento	3	2	0,6	178	1,5	3,7	59,3
Polo Academia da Saúde	1	0,3	0,2	1	0,2	0	1
Telessaúde	0	0	0	0	0	0	NSA
Central da regulação medica das urgências	1	2,9	0,2	19	1,3	0,4	19
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade de Atenção em Regime Residencial	0	0	0	0	0	0	NSA
Oficina ortopédica	0	0	0	0	0	0	NSA
Laboratório de Saúde Pública	1	2,2	0,2	5	0,9	0,1	5
Central de regulação	17	13,8	3,6	51	5,3	1,1	3
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	0	0	0	0	0	0	NSA
Total	477	1	100	4.789	1	100	10

Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Segundo a tabela 25, a RAIS informava a existência de 66.331 vínculos formais de emprego, ativos em 31 de dezembro de 2014, nos 17 municípios que compõem a região de saúde do Vale do Jurumirim, distribuídos em 7.796 estabelecimentos, com média de 8,5 vínculos por estabelecimento. Destes, 31% eram relacionados ao comércio varejista, que empregavam 16,3% dos vínculos, resultando numa média de 4,5 vínculos por estabelecimento. Por outro lado, a Administração Pública em geral (Classe 84.116) representava apenas 0,6% dos estabelecimentos e aproximadamente 17,5% dos vínculos, uma média de 258 vínculos por estabelecimento. Também apareceu com relevância a Criação de Bovinos (Classe 1512), com 757 estabelecimentos, o correspondente a 9,7%; e a Confecção de Peças do Vestuário, Exceto Roupas íntimas (Classe 14126), com 8.024 vínculos, ou 12,1%. Como observado nas duas regiões anteriores, a região concentrava atividades do setor primário, mas neste caso com maior participação da agropecuária. Os maiores quocientes locacionais foram observados no Cultivo de Algodão Herbáceo e de Outras Fibras de Lavoura Temporária (Classe 1121), com um valor de 8,8 para estabelecimentos; e em Representantes Comerciais e Agentes do Comércio de Matérias-Primas Agrícolas e Animais Vivos (Classe 46117), com QL de 69,9 para vínculos. Também podem ser destacados o cultivo de café, laranja, cereais, cana-de-açúcar e plantas e flores ornamentais, a criação de bovinos e a produção de álcool e instrumentos musicais, entre outros.

Dentre as classes de atividade econômica do setor saúde, a com maior número de estabelecimentos era a de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305), com 161 estabelecimentos. Já a atividade com o maior número de vínculos, Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101): 1.046 vínculos distribuídos em 9 estabelecimentos. Nenhum dos municípios da região contava com estabelecimentos de Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216) e de Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Serv. Móveis de Atend. a Urgências (Classe 86224). A região contava ainda com 141 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 39 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741).

De acordo com o CNES (tabela 26), em junho de 2016, a região apresentava 4.075 vínculos distribuídos em 490 estabelecimentos. Destes, 58,6% eram Consultórios Isolados, com 9,6% dos vínculos, média 1,4 vínculos por estabelecimento. Em seguida, Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, representando 16,1% dos estabelecimentos, com 37% dos vínculos e média 19,1 vínculos por estabelecimento. Os Hospitais Gerais somavam 2% dos estabele-

cimentos e 29,6% dos vínculos, representando em média 120,8 vínculos por estabelecimento. O maior QL foi observado em Pronto Socorro Especializado, com 5,6 para estabelecimentos e 10,5 para vínculos.

Tabela 102 – Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Vale do Jurumirim, 2014.

Classes de atividade	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab
	N	QL	%	N	QL	%	
Total da economia	7.796			66.331			8,51
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	9	0,51	0,12	1.046	0,68	1,58	116,22
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	NSA
Serv. Remoção de Pacientes, Exceto Serv. Móveis de Atend. a Urgências (Classe 86224)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	NSA
Ativ. de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	161	0,73	2,07	222	0,58	0,33	1,38
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86402)	36	0,86	0,46	112	0,37	0,17	3,11
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	25	0,62	0,32	23	0,26	0,03	0,92
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607)	6	2,97	0,08	5	0,07	0,01	0,83
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	17	0,91	0,22	58	0,42	0,09	3,41
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano (Classe 21211)	2	2,14	0,03	31	0,27	0,05	15,50
Com. Atacad. de Prod. Farmac. para Uso Humano e Veter. (Classe 46443)	3	0,51	0,04	10	0,12	0,02	3,33
Com. Atac. de Instrum. e Materiais para Uso Médico, Cirúr., Ortop. e Odonto. (Classe 46451)	2	0,22	0,03	2	0,04	0,00	1,00
Comércio Varejista de Produtos Farmac. para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	141	0,94	1,81	571	0,96	0,86	4,05
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	7	0,68	0,09	13	0,44	0,02	1,86
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	39	0,93	0,50	132	1,43	0,20	3,38
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	2.213	1,03	28,4	10.079	1,2	15,2	4,6
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	45	1,48	0,58	11.617	1,07	17,51	258,16
Cultivo de Algodão Herbáceo e de Outras Fibras de Lavoura Temporária (Classe 1121)	31	8,81	0,40	90	4,83	0,14	2,90
Fabricação de álcool (Classe 19314)	4	8,17	0,05	489	3,09	0,74	122,25
Fabricação de Instrumentos Musicais (Classe 32205)	2	6,62	0,03	9	3,13	0,01	4,50
Cultivo de Café (Classe 1342)	237	6,06	3,04	1.003	9,03	1,51	4,23
Cultivo de Laranja (Classe 1318)	54	5,86	0,69	2.413	35,03	3,64	44,69
Comércio Atacadista de Café em Grão (Classe 46214)	7	5,52	0,09	7	0,79	0,01	1,00
Cultivo de Cereais (Classe 1113)	215	5,50	2,76	981	10,39	1,48	4,56
Representantes Comerciais e Agentes do Comércio de Matérias-Primas Agrícolas e Animais Vivos (Classe 46117)	7	4,79	0,09	338	69,88	0,51	48,29
Distribuição de Energia Elétrica (Classe 35140)	11	4,53	0,14	222	2,30	0,33	20,18
Fabricação de Farinha de Milho e Derivados, Exceto óleos de Milho (Classe 10643)	4	4,44	0,05	18	1,75	0,03	4,50
Produção Florestal - Florestas Plantadas (Classe 2101)	45	3,53	0,58	857	10,24	1,29	19,04
Cultivo de Flores e Plantas Ornamentais (Classe 1229)	15	2,98	0,19	338	13,53	0,51	22,53
Educação Superior - Graduação (Classe 85317)	8	2,50	0,10	592	1,53	0,89	74,00
Criação de Bovinos (Classe 1512)	757	2,47	9,71	2.116	4,40	3,19	2,80
Cultivo de Cana-De-Açúcar (Classe 1130)	42	2,30	0,54	2.086	10,68	3,14	49,67
Confecção de Peças do Vestuário, Exceto Roupas Íntimas (Classe 14126)	198	2,21	2,54	8.024	11,55	12,10	40,53
Fabricação de Açúcar em Bruto (Classe 10716)	1	1,50	0,01	189	0,48	0,28	189,00
Fabricação de Artefatos de Tanoaria e de Embalagens de Madeira (Classe 16234)	2	0,98	0,03	167	8,93	0,25	83,50
Transporte Rodoviário de Carga (Classe 49302)	179	0,90	2,30	1.025	0,82	1,55	5,73
Fabricação de Chapas e de Embalagens de Papelão Ondulado (Classe 17338)	1	0,61	0,01	160	3,53	0,24	160,00

Fonte: EPSM a partir dos dados da Relação Anual de Informações Sociais.

Tabela 103 – Número de estabelecimentos, nº de vínculos, Quociente Locacional (QL), e número de vínculos por estabelecimentos, segundo tipo de estabelecimento - Vale do Jurumirim, 2016.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab
	N	QL	%	N	QL	%	
Posto de Saúde	6	0,4	1,2	58	0,7	1,4	9,7
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	79	1,3	16,1	1.506	1,7	37	19,1
Policlínica	6	0,5	1,2	8	0,1	0,2	1,3
Hospital Geral	10	1,2	2	1208	0,9	29,6	120,8
Hospital Especializado	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade Mista	0	0	0	0	0	0	NSA
Pronto Socorro Geral	0	0	0	0	0	0	NSA
Pronto Socorro Especializado	1	5,6	0,2	138	10,5	3,4	138
Consultório Isolado	287	1,2	58,6	393	1,6	9,6	1,4
Unidade Móvel Fluvial	0	0	0	0	0	0	NSA
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	25	0,4	5,1	255	0,8	6,3	10,2
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	36	1	7,3	109	0,8	2,7	3
Unidade Móvel Terrestre	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	9	1,4	1,8	93	1,8	2,3	10,3
Farmácia	1	0,3	0,2	3	0,3	0,1	3
Unidade de Vigilância em Saúde	1	0,3	0,2	14	0,3	0,3	14
Cooperativa	2	3,6	0,4	2	0,1	0	1
Centro de Parto Normal - Isolado	0	0	0	0	0	0	NSA
Hospital-dia (isolado)	0	0	0	0	0	0	NSA
Central de regulação de serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	NSA
Laboratório Central de Saúde Pública LACEN	0	0	0	0	0	0	NSA
Secretaria de Saúde	18	1,9	3,7	207	1,5	5,1	11,5
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematologia	0	0	0	0	0	0	NSA
Centro de Atenção Psicossocial	1	0,2	0,2	14	0,2	0,3	14
Centro de Apoio à Saúde da Família	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0	0	0	0	0	0	NSA
Pronto Atendimento	1	0,6	0,2	24	0,2	0,6	24
Polo Academia da Saúde	3	1	0,6	5	1,3	0,1	1,7
Telessaúde	0	0	0	0	0	0	NSA
Central da regulação medica das urgências	1	2,8	0,2	26	2,2	0,6	26
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	1	1,6	0,2	2	0,4	0	2
Unidade de Atenção em Regime Residencial	0	0	0	0	0	0	NSA
Oficina ortopédica	0	0	0	0	0	0	NSA
Laboratório de Saúde Pública	1	2,1	0,2	7	1,5	0,2	7
Central de regulação	0	0	0	0	0	0	NSA
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	1	4,1	0,2	3	0,7	0,1	3
Total	490	1	100	4.075	1	100	8,3

Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Segundo a tabela 27, a RAIS informava a existência de 66.823 vínculos formais de emprego, ativos em 31 de dezembro de 2014, nos quatro municípios que compõem a região de saúde do Litoral Norte, distribuídos em 8.382 estabelecimentos. Destes, 33% estava relacionada ao comércio varejista, que empregavam 23,4% dos vínculos, uma média de 5,7 vínculos por estabelecimento. Por outro lado, a Administração Pública em geral (Classe 84116) representava apenas 0,4% dos estabelecimentos e aproximadamente 16% dos vínculos, com uma média de 802 vínculos por estabelecimento. Também apareceu com relevância os Condomínios Prediais (Classe 81125), com 1.141 estabelecimentos, o correspondente a 13,6% do total. Do ponto de vista do emprego, destacam-se as atividades de Hotéis e Similares (Classe 55108) e Restaurantes e Outros Estabelecimentos de Serviços de Alimentação e Bebidas (Classe 56112), com 4.539 (6,8%) e 5.447 (8,2%) vínculos, respectivamente.

De acordo com os quocientes locacionais, a região Litoral Norte pode ser caracterizada pela concentração de atividades relacionadas ao turismo e aos transportes aquaviários. Os maiores QL de estabelecimentos foram observados nas Atividades Auxiliares dos Transportes Aquaviários não Especificadas Anteriormente (Classe 52397), com 26,2, Transportes Aquaviários não Especificados Anteriormente (Classe 50998), com 21,9 e Navegação de Apoio (Classe 50301), com 19,6. Destacaram-se também a concentração de estabelecimentos de Transporte Dutoviário (Classe 49400), Outros Tipos de Alojamento não Especificados Anteriormente (Classe 55906), Manutenção e Reparação de Embarcações (Classe 33171), Hotéis e Similares (Classe 55108), Condomínios Prediais (Classe 81125) e Restaurantes e Outros Estabelecimentos de Serviços de Alimentação e Bebidas (Classe 56112).

Dentre as classes de atividade econômica do setor saúde, a com maior número de estabelecimentos era a de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305), com 170 estabelecimentos. Já a atividade com o maior número de vínculos, Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101), 2.332 vínculos distribuídos em 12 estabelecimentos. Nenhum dos municípios da região contava com estabelecimentos de Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216) e de Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Serv. Móveis de Atend. a Urgências (Classe 86224). A região contava ainda com 111 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 37 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741).

De acordo com a tabela 28, o CNES de junho de 2016 informa 5.841 vínculos distribuídos em 414 estabelecimentos de saúde. Destes, 57,7% representam Consultórios Isolados, com 6,3% dos vínculos e média de 1,5 vínculos por estabelecimento. Em seguida Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde com 13,3% dos estabelecimentos, 26,6% dos vínculos e uma média de 28,2 vínculos por estabelecimento. Os maiores quocientes locacionais se encontravam em Hospital-dia (isolado), 9,5 para vínculos e 3,6 para estabelecimentos; em Central da regulação médica das urgências, 3,3 e 1,9 e Unidade móvel de nível pré-hospitalar (Urgência/Emergência), 3,0 e 2,1.

Tabela 104 – Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Litoral Norte, 2014.

Classes de atividade	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab
	N	QL	%	N	QL	%	
Total da economia	8.382			66.823			7,97
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	12	0,63	0,14	2.332	1,51	3,49	194,33
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	2	4,53	0,02	110	12,44	0,16	55,00
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Serv. Móveis de Atend. a Urgências (Classe 86224)	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	NSA
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	170	0,71	2,03	320	0,83	0,48	1,88
Atividades de Serviços de Complementação Diagnóstica e Terapêutica (Classe 86402)	30	0,67	0,36	187	0,61	0,28	6,23
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	26	0,60	0,31	46	0,51	0,07	1,77
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607)	1	0,46	0,01	1	0,01	0,00	1,00
Atividades de Atenção à Saúde Humana não Especificadas Anteriormente (Classe 86909)	13	0,65	0,16	22	0,16	0,03	1,69
Com. Atacad. de Prod. Farmac. para Uso Humano e Veter. (Classe 46443)	2	0,32	0,02	25	0,29	0,04	12,50
Com. Atac. de Instrum. e Materiais para Uso Médico, Cirúr., Ortop. e Odonto. (Classe 46451)	5	0,51	0,06	21	0,38	0,03	4,20
Comércio Varejista de Produtos Farmac. para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	111	0,69	1,32	671	1,12	1,00	6,05
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	8	0,73	0,10	9	0,30	0,01	1,13
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	37	0,82	0,44	127	1,36	0,19	3,43
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	2.591	1,13	30,9	14.834	1,7	22,2	5,7
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	13	0,40	0,16	10.426	0,96	15,60	802,00
Atividades Auxiliares dos Transportes Aquaviários não Especificadas Anteriormente (Classe 52397)	17	26,18	0,20	189	27,92	0,28	11,12
Transportes Aquaviários não Especificados Anteriormente (Classe 50998)	8	21,92	0,10	7	6,18	0,01	0,88
Navegação de Apoio (Classe 50301)	12	19,57	0,14	173	6,55	0,26	14,42
Transporte Dutoviário (Classe 49400)	3	13,34	0,04	134	28,96	0,20	44,67
Outros Tipos de Alojamento não Especificados Anteriormente (Classe 55906)	112	11,38	1,34	459	15,48	0,69	4,10
Manutenção e Reparação de Embarcações (Classe 33171)	9	8,27	0,11	58	2,81	0,09	6,44
Hotéis e Similares (Classe 55108)	459	8,06	5,48	4.539	10,20	6,79	9,89
Atividades Associativas não Especificadas Anteriormente (Classe 94995)	130	7,51	1,55	497	3,07	0,74	3,82
Serviços Ambulantes de Alimentação (Classe 56121)	53	7,16	0,63	314	21,39	0,47	5,92
Descontaminação e Outros Serviços de Gestão de Resíduos (Classe 39005)	1	4,62	0,01	21	10,22	0,03	21,00
Condomínios Prediais (Classe 81125)	1.141	4,03	13,61	3.758	4,89	5,62	3,29
Produção de Gás (Classe 35204)	1	3,96	0,01	232	43,66	0,35	232,00
Restaurantes e Outros Estabelecimentos de Serviços de Alimentação e Bebidas (Classe 56112)	930	2,21	11,10	5.447	3,17	8,15	5,86
Obras de Terraplenagem (Classe 43134)	22	1,23	0,26	1.218	10,68	1,82	55,36
Comércio Atacadista de Mercadorias em Geral, com Predominância de Produtos Alimentícios (Classe 46915)	4	1,05	0,05	591	9,09	0,88	147,75
Locação de Mão-De-Obra Temporária (Classe 78205)	3	0,49	0,04	544	1,31	0,81	181,33
Transporte Rodoviário Coletivo de Passageiros, com Itinerário Fixo, Municipal e em Região Metropolitana (Classe 49213)	5	0,25	0,06	690	0,98	1,03	138,00

Fonte: EPSM a partir dos dados da Relação Anual de Informações Sociais.

Tabela 105 – Número de estabelecimentos, nº de vínculos, Quociente Locacional (QL), e número de vínculos por estabelecimentos, segundo tipo de estabelecimento - Litoral Norte, 2016.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab
	N	QL	%	N	QL	%	
Posto de Saúde	4	0,3	1	25	0,2	0,4	6,3
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	55	1,1	13,3	1.553	1,2	26,6	28,2
Policlínica	7	0,7	1,7	174	1	3	24,9
Hospital Geral	5	0,7	1,2	1976	1	33,8	395,2
Hospital Especializado	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade Mista	0	0	0	0	0	0	NSA
Pronto Socorro Geral	1	1,9	0,2	83	1,6	1,4	83
Pronto Socorro Especializado	0	0	0	0	0	0	NSA
Consultório Isolado	239	1,2	57,7	367	1	6,3	1,5
Unidade Móvel Fluvial	0	0	0	0	0	0	NSA
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	36	0,6	8,7	411	0,9	7	11,4
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	27	0,9	6,5	197	1	3,4	7,3
Unidade Móvel Terrestre	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	17	3	4,1	153	2,1	2,6	9
Farmácia	2	0,6	0,5	9	0,6	0,2	4,5
Unidade de Vigilância em Saúde	2	0,7	0,5	52	0,7	0,9	26
Cooperativa	0	0	0	0	0	0	NSA
Centro de Parto Normal - Isolado	0	0	0	0	0	0	NSA
Hospital-dia (isolado)	3	3,6	0,7	285	9,5	4,9	95
Central de regulação de serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	NSA
Laboratório Central de Saúde Pública LACEN	0	0	0	0	0	0	NSA
Secretaria de Saúde	4	0,5	1	260	1,4	4,5	65
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematologia	1	2,3	0,2	7	0,6	0,1	7
Centro de Atenção Psicossocial	5	1,3	1,2	80	1	1,4	16
Centro de Apoio à Saúde da Família	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0	0	0	0	0	0	NSA
Pronto Atendimento	1	0,8	0,2	145	1	2,5	145
Polo Academia da Saúde	1	0,4	0,2	2	0,4	0	2
Telessaúde	0	0	0	0	0	0	NSA
Central da regulação medica das urgências	1	3,3	0,2	32	1,9	0,5	32
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	0	0	0	0	0	0	NSA
Unidade de Atenção em Regime Residencial	0	0	0	0	0	0	NSA
Oficina ortopédica	0	0	0	0	0	0	NSA
Laboratório de Saúde Pública	0	0	0	0	0	0	NSA
Central de regulação	3	2,8	0,7	30	2,6	0,5	10
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	0	0	0	0	0	0	NSA
Total	414	1	100	5.841	1	100	14,1

Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Os 20 municípios que compõem a Região Metropolitana de Campinas somavam mais de um milhão de vínculos formais de emprego, distribuídos em pouco mais de 75 mil estabelecimentos, uma média de 13,8 vínculos por estabelecimento, de acordo com a RAIS de 2014 (tabela 29). O comércio varejista respondia por 29,4% dos estabelecimentos, que empregavam 14% dos vínculos, uma média de 6,8 vínculos por estabelecimento. A Administração Pública em geral (Classe 84.116), por sua vez, representava apenas 0,09% dos estabelecimentos e aproximadamente 6,7% dos vínculos, com uma média de 1.037 vínculos por estabelecimento.

Os maiores quocientes locacionais de estabelecimentos foram observados em atividades industriais, sendo os principais encontrados em Tecelagem de Fios de Fibras Artificiais e Sintéticas (Classe 13235), e Fabricação de Catalisadores (Classe 20941), com QL para estabelecimentos de 25,2 e 14,3, respectivamente. Para vínculos, os maiores QLs foram observados na Fabricação de Catalisadores (Classe 20941) e na Fabricação de Locomotivas, Vagões e Outros Materiais Rodantes (Classe 30318), 20,4 e 19,8 respectivamente. A Justiça (Classe 84230) foi responsável pelo maior estabelecimento observado na região, um estabelecimento com 4.244 vínculos, seguida pela Fabricação de Pneumáticos e de Câmaras de ar (Classe 22111), quatro estabelecimentos com média de 1.308 vínculos cada.

Dentre as classes de atividade econômica do setor saúde, a com maior número de estabelecimentos era a de Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86.305), com 2.695 estabelecimentos. Já a atividade com o maior número de vínculos, Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86.101), 19.188 vínculos distribuídos em 126 estabelecimentos, com uma média de 152 vínculos por estabelecimento. Havia na região 26 estabelecimentos de Fabricação de Medicamentos para Uso Humano, que totalizavam 8.441 vínculos formais de emprego, o que resultava numa média de 324 vínculos por estabelecimento. A região contava ainda com 1.043 estabelecimentos de Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47.717) e 383 estabelecimentos de Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47.741).

No que se refere aos dados do CNES de junho de 2016 (tabela 30), foram observados 62.025 vínculos distribuídos em 5.371 estabelecimentos. Destes, 69,3% eram de Consultórios Isolados, que representavam ainda 9,9% dos vínculos e média de 1,6 vínculos por estabelecimento. Na sequência apareceram as Clínicas especializadas, com 10,7% dos estabelecimentos, 9,0% dos vínculos e média de 9,7 vínculos por estabelecimento; Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde (5,4%, 14,8% e 31,3); e Hospital Geral, (0,9%, 45,7%, 591,1).

Tabela 106 – Número de estabelecimentos, estoque de vínculos formais de emprego ativos em 31/12 e respectivos Quocientes Locacionais (QL), e número de vínculos por estabelecimento, segundo a classe de atividade econômica – Metropolitana de Campinas, 2014.

Classes de atividade	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab
	N	QL	%	N	QL	%	
Total da economia	75.258			1.036.642			13,8
Atividades de Atendimento Hospitalar (Classe 86101)	126	0,74	0,17	19.188	0,80	1,85	152,3
Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86216)	4	1,01	0,01	87	0,63	0,01	21,8
Serviços de Remoção de Pacientes, Exceto Os Serviços Móveis de Atendimento a Urgências (Classe 86224)	1	0,29	0,00	20	0,32	0,00	20,0
Atividades de Atenção Ambulatorial Executadas por Médicos e Odontólogos (Classe 86305)	2.695	1,26	3,58	7.172	1,19	0,69	2,7
Atividades de Serviços de Complem. Diag. e Terapêutica (Classe 86402)	321	0,80	0,43	3.652	0,77	0,35	11,4
Atividades de Profissionais da área de Saúde, Exceto Médicos e Odontólogos (Classe 86500)	406	1,04	0,54	814	0,58	0,08	2,0
Atividades de Apoio à Gestão de Saúde (Classe 86607)	19	0,97	0,03	242	0,22	0,02	12,7
Ativ de Atenção à Saúde Humana não Espec. Anteriormente (Classe 86909)	180	1,00	0,24	704	0,33	0,07	3,9
Fabricação de Produtos Farmoquímicos (Classe 21106)	7	2,42	0,01	507	4,64	0,05	72,4
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano (Classe 21211)	26	2,88	0,03	8.441	4,63	0,81	324,7
Fabricação de Preparações Farmacêuticas (Classe 21238)	1	1,22	0,00	9	0,32	0,00	9,0
Comércio Atacadista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 46443)	46	0,81	0,06	490	0,36	0,05	10,7
Comércio Atacadista de Instrumentos e Materiais para Uso Médico, Cirúrgico, Ortopédico e Odontológico (Classe 46451)	96	1,09	0,13	815	0,95	0,08	8,5
Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos para Uso Humano e Veterinário (Classe 47717)	1.043	0,72	1,39	6.569	0,71	0,63	6,3
Comércio Varejista de Artigos Médicos e Ortopédicos (Classe 47733)	131	1,32	0,17	659	1,41	0,06	5,0
Comércio Varejista de Artigos de óptica (Classe 47741)	383	0,94	0,51	1.346	0,93	0,13	3,5
Comercio varejista - outros (Agrupamento de 33 classes de atividade, exceto classes 47.717, 47.733 e 47.741)	20.551	0,99	27,31	141.122	1,05	13,61	6,9
Administração Pública em Geral (Classe 84116)	67	0,23	0,09	69.488	0,41	6,70	1037,1
Tecelagem de Fios de Fibras Artificiais e Sintéticas (Classe 13235)	175	25,23	0,23	5.301	13,35	0,51	30,3
Fabricação de Catalisadores (Classe 20941)	3	14,31	0,00	235	20,43	0,02	78,3
Tecel. de Fios de Fibras Têxteis Naturais, Exceto Algodão (13227)	18	9,08	0,02	190	4,56	0,02	10,6
Fab. de Locomotivas, Vagões e Outros Materiais Rodantes (30318)	4	8,75	0,01	2.162	19,84	0,21	540,5
Fabricação de Linhas para Costurar e Bordar (Classe 13146)	14	7,99	0,02	694	4,90	0,07	49,6
Fiação de Fibras Artificiais e Sintéticas (Classe 13138)	20	7,83	0,03	2.322	9,71	0,22	116,1
Fabricação de Máquinas e Equip. para a Indústria Têxtil (28631)	24	7,04	0,03	224	4,55	0,02	9,3
Cultivo de Flores e Plantas Ornamentais (Classe 1229)	240	4,94	0,32	4.121	10,56	0,40	17,2
Fabricação de Peças e Acessórios para O Sistema Motor de Veículos Automotores (Classe 29417)	29	4,39	0,04	10.427	12,21	1,01	359,6
Fabricação de Automóveis, Camionetas e Utilitários (Classe 29107)	6	3,00	0,01	5.557	2,78	0,54	926,2
Fabricação de Pneumáticos e de Câmaras-De-Ar (Classe 22111)	4	2,56	0,01	5.232	8,38	0,50	1.308,00
Transporte Aéreo de Carga (Classe 51200)	5	2,55	0,01	442	11,58	0,04	88,40
Fabricação de Aparelhos Telefônicos e de Outros Equipamentos de Comunicação (Classe 26329)	5	1,96	0,01	3.357	10,85	0,32	671,40
Fabricação de Periféricos para Equipamentos de Informática (Classe 26221)	8	1,17	0,01	4.036	6,77	0,39	504,50
Restaurantes e Outros Estabelecimentos de Serviços de Alimentação e Bebidas (Classe 56112)	4.358	1,16	5,79	29.152	1,09	2,81	6,69
Transporte Rodoviário de Carga (Classe 49302)	2.099	1,09	2,79	26.143	1,34	2,52	12,45
Educação Superior - Graduação e Pós-Graduação (Classe 85325)	29	0,90	0,04	18.078	2,12	1,74	623,38
Condomínios Prediais (Classe 81125)	2.032	0,80	2,70	8.110	0,68	0,78	3,99
Fabricação de Fogões, Refrigeradores e Máquinas de Lavar e Secar para Uso Doméstico (Classe 27511)	2	0,76	0,00	1.994	2,62	0,19	997,00
Justiça (Classe 84230)	1	0,14	0,00	4.244	0,76	0,41	4.244,00

Fonte: EPSM a partir dos dados da Relação Anual de Informações Sociais.

Tabela 107 – Número de estabelecimentos, nº de vínculos, Quociente Locacional (QL), e número de vínculos por estabelecimentos, segundo tipo de estabelecimento - Metropolitana de Campinas, 2016.

Tipo de estabelecimento	Estabelecimentos			Vínculos			Vinc/ Estab
	N	QL	%	N	QL	%	
Posto de Saúde	8	0	0,1	143	0,1	0,2	17,9
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	292	0,4	5,4	9.154	0,7	14,8	31,3
Policlínica	179	1,5	3,3	2378	1,2	3,8	13,3
Hospital Geral	48	0,5	0,9	28374	1,3	45,7	591,1
Hospital Especializado	8	0,4	0,1	879	0,2	1,4	109,9
Unidade Mista	0	0	0	0	0	0	NSA
Pronto Socorro Geral	3	0,4	0,1	165	0,3	0,3	55
Pronto Socorro Especializado	0	0	0	0	0	0	NSA
Consultório Isolado	3720	1,4	69,3	6118	1,6	9,9	1,6
Unidade Móvel Fluvial	0	0	0	0	0	0	NSA
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	577	0,8	10,7	5584	1,1	9	9,7
Unidade de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT isolado)	318	0,8	5,9	1966	1	3,2	6,2
Unidade Móvel Terrestre	6	0,4	0,1	72	0,6	0,1	12
Unidade móvel de nível pré-hospitalar - Urgência/Emergência	34	0,5	0,6	736	0,9	1,2	21,6
Farmácia	14	0,3	0,3	136	0,9	0,2	9,7
Unidade de Vigilância em Saúde	16	0,4	0,3	322	0,4	0,5	20,1
Cooperativa	1	0,2	0	5	0	0	5
Centro de Parto Normal - Isolado	0	0	0	0	0	0	NSA
Hospital-dia (isolado)	25	2,3	0,5	876	2,8	1,4	35
Central de regulação de serviços de saúde	1	0,2	0	1	0	0	1
Laboratório Central de Saúde Pública LACEN	1	1,3	0	26	1,2	0	26
Secretaria de Saúde	24	0,2	0,4	1098	0,5	1,8	45,8
Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematologia	7	1,3	0,1	20	0,1	0	2,9
Centro de Atenção Psicossocial	42	0,8	0,8	1075	1,2	1,7	25,6
Centro de Apoio à Saúde da Família	1	0,1	0	8	0,1	0	8
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	0	0	0	0	0	0	NSA
Pronto Atendimento	23	1,3	0,4	2.555	1,6	4,1	111,1
Polo Academia da Saúde	4	0,1	0,1	21	0,4	0	5,3
Telessaúde	0	0	0	0	0	0	NSA
Central da regulação medica das urgências	2	0,5	0	74	0,4	0,1	37
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	5	0,7	0,1	38	0,5	0,1	7,6
Unidade de Atenção em Regime Residencial	2	6,4	0	18	10,1	0	9
Oficina ortopédica	0	0	0	0	0	0	NSA
Laboratório de Saúde Pública	1	0,2	0	5	0,1	0	5
Central de regulação	6	0,4	0,1	62	0,5	0,1	10,3
Central de notificação, captação e distribuição de órgãos estadual	3	1,1	0,1	116	1,9	0,2	38,7
Total	5.371	1	100	62.025	1	100	11,5

Fonte: EPSM a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

APENDICE C – Questionários das ETACs

ETAC com agentes contratantes

Pesquisa com Secretarias Municipais de Saúde (SMS)

Dados do Município

Município: _____ UF: _____ Região: _____

Telefone da Prefeitura: _____ Telefone da Secretaria: _____

Fax: _____ E-mail _____

Dados do Respondente

1. Nome do respondente: _____
2. Cargo: _____
3. Há quanto tempo o(a) senhor(a) está no cargo? _____

MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Recrutamento, Contratação e Vínculo

4. Os médicos que trabalham para a Atenção Primária do seu município (pode marcar mais de uma alternativa)
- a) Têm vínculo empregatício com o município (são funcionários públicos, Estatutários/ CLT/ Contrato Temp. com a Adm. Pública/ Cargo Comissionado)
 - b) São bolsistas (Mais Médicos, Provac, Residentes)
 - c) São Cooperados
 - d) São Prestadores de serviço - Autônomo, Pessoa Física. RPA
 - e) São Prestadores de serviço - Pessoa Jurídica
 - f) São Terceirizados – contratados por Organização Social – OS/ Org. da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP/ Org. Não-Governamental – ONG/ Entidades Filantrópicas.
 - g) São contratados por Empresas Privadas Lucrativas
 - h) Outros; Especifique: _____

4.1 (Se respondeu alternativas C, D, E, F e/ou G) Qual o motivo para a utilização da contratação indireta de médicos para a Atenção Primária?

- a) O custo desse tipo de contratação é menor
- b) Poder demitir, contratar, remanejar, com mais facilidade (flexibilização)
- c) Limites da lei de responsabilidade fiscal
- d) Poder oferecer salários maiores
- e) Dificuldade para realizar concurso público
- f) Formas de organização dos médicos em cooperativas e empresas
- g) Outra; especificar: _____

5. Qual a remuneração média dos médicos da Atenção Primária do seu município? (desconsiderando a remuneração dos bolsistas): _____

Regime de Trabalho/Remuneração/Fixação

6. O município oferece aos médicos da Atenção Primária alguns dos seguintes incentivos/benefícios:

Opções de resposta:

- Sim;
- Não;
- Não sei.

Incentivos Monetários

- a. Adicional por tempo de serviço.
- b. Adicional por metas, resultados, produtividade.
- c. Adicional por qualificação/titulação
- d. Décimo terceiro salário
- e. Férias remuneradas
- f. Adicional por insalubridade
- g. Adicional por exercício em áreas rurais / remotas
- h. Adicional por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras e ou com dificuldade de acesso
- i. Outros; especificar: _____

Incentivos Extra monetários

- j. Auxílio alimentação / ticket refeição
- k. Auxílio transporte
- l. Auxílio moradia
- m. Folgas semanais / Flexibilização da carga horária
- n. Cursos de capacitação / Educação permanente
- o. Liberação para conferências, congressos, seminários.
- p. Outro; especificar: _____

7. O município utiliza ou poderia utilizar as estratégias abaixo para fixar o médico no município?

Opções de resposta:

- Sim;
- Não;
- Não sei.

	Utiliza	Considera um atra-tivo
a. Oferecer salários mais altos		
b. Oferecer plano de cargos e carreira		
c. Oferecer auxílio transporte, alimentação.		
d. Oferecer moradia/auxílio moradia		
e. Oferecer vínculo de trabalho		
f. Oferecer acesso a exames, medicamentos, equipamentos, etc.		
g. Oferecer infraestrutura adequada		
h. Oferecer flexibilidade na jornada de trabalho		
i. Oferecer cursos de capacitação/ Educação permanente.		
j. Oferecer oportunidade de trabalho para o cônjuge		
k. Oferecer outras oportunidades de trabalho no município, plantões.		
l. Oferecer espaço no hospital para atendimento médico particular		
m. Outras; Especificar:		
n. Nenhuma estratégia é utilizada		

8. Em média quanto tempo o Médico da APS fica no município?

Anos_____ Meses_____

9. Existem postos de trabalho vagos para médicos na Atenção Primária?

Sim

Não

10. Havendo postos vagos para a Atenção Primária, há dificuldade de preenchimento destes postos?

Não

Sim. Por quê?

- ☐ O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais.
- ☐ Os incentivos e benefícios não são considerados atrativos pelos profissionais.
- ☐ Falta de perspectiva e progressão na carreira.
- ☐ Insatisfação com o horário de trabalho exigido.
- ☐ Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância.
- ☐ Falta de segurança no local de trabalho.
- ☐ Pouco acesso a exames, medicamentos, equipamentos, etc.
- ☐ Consideram a infraestrutura existente inadequada
- ☐ As formas de contratação/vinculação não são consideradas atrativas pelos profissionais.
- ☐ Inexistência de outras oportunidades de trabalho no município
- ☐ Inexistência de opções de lazer e cultura no município
- ☐ Outras: _____

11. Quando um cargo de médico da APS fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher:

Dias _____

Semanas _____

Meses _____

MÉDICOS DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

12. O município oferece Atenção Médica Especializada?

Sim

Não

Recrutamento, Contratação e Vínculo.

13. Os médicos que trabalham para a Atenção Especializada do seu município (pode marcar mais de uma alternativa)

- i) Têm vínculo empregatício com o município (são funcionários públicos, Estatutários/ CLT/ Contrato Temp. com a Adm. Pública/ Cargo Comissionado)
- j) São bolsistas (Mais Médicos, Provac, Residentes)
- k) São Cooperados
- l) São Prestadores de serviço - Autônomo, Pessoa Física. RPA
- m) São Prestadores de serviço - Pessoa Jurídica

- n) São Terceirizados – contratados por Organização Social – OS/ Org. da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP/ Org. Não-Governamental – ONG/ Entidades Filantrópicas.
- o) São contratados por Empresas Privadas Lucrativas
- p) São bolsistas (Residentes)
- q) Outros; Especifique: _____

13.1 (Se respondeu alternativas C, D, E, F e/ou G) Qual o motivo para a utilização da contratação indireta de médicos para a Atenção Especializada?

- h) O custo desse tipo de contratação é menor
- i) Poder demitir, contratar, remanejar, com mais facilidade. (Flexibilização)
- j) Limites da lei de responsabilidade fiscal
- k) Poder oferecer salários maiores
- l) Dificuldade para realizar concurso público
- m) Formas de organização dos médicos em cooperativas e empresas
- n) Outra; especificar: _____

14. O sistema utilizado em seu município para remunerar os médicos especialistas é baseado em (pode marcar mais de uma alternativa):

Salário fixo, baseado em tempo/ carga horária Valor: _____ CH: _____.

Por plantão Valor do plantão: _____ CH: _____.

Por produção ou procedimento

Pacote fechado

Outro; especificar: _____

Regime de Trabalho/Remuneração/Fixação

15. O município oferece aos médicos da Atenção Especializada alguns dos seguintes incentivos/benefícios:

Sim;

Não;

Não sei.

Incentivos Monetários

- a. Adicional por tempo de serviço.
- b. Adicional por metas, resultados, produtividade.
- c. Adicional por qualificação/titulação
- d. Décimo terceiro salário
- e. Férias remuneradas
- f. Insalubridade
- g. Adicional por exercício em áreas rurais / remotas
- h. Adicional por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras e ou com dificuldade de acesso
- i. Outros; especificar: _____

Incentivos Extra monetários

- a. Auxílio alimentação / ticket refeição
- b. Auxílio transporte
- c. Auxílio moradia
- d. Folgas semanais / Flexibilização da carga horária
- e. Cursos de capacitação / Educação permanente
- f. Liberação para conferências, congressos, seminários.
- g. Outro; especificar: _____

16. O município utiliza ou poderia utilizar as estratégias abaixo para fixar o médico especialista no município?

Opções de resposta:

- Sim;
- Não;
- Não sei.

	Utiliza	Considera um atrativo
a. Oferecer salários mais altos		
b. Oferecer plano de cargos e carreira		
c. Oferecer auxílio transporte, alimentação.		
d. Oferecer moradia/auxílio moradia		
e. Oferecer vínculo de trabalho		
f. Oferecer acesso a exames, medicamentos, equipamentos, etc.		
g. Oferecer infraestrutura adequada		
h. Oferecer flexibilidade na jornada de trabalho		
i. Oferecer cursos de capacitação/ Educação permanente.		

- j. Oferecer oportunidade de trabalho para o cônjuge
- k. Oferecer outras oportunidades de trabalho no município, plantões.
- l. Oferecer espaço no hospital para atendimento médico particular
- m. Outras; Especificar:
- n. Nenhuma estratégia é utilizada

17. Em média quanto tempo o Médico especialista fica no município?

Anos _____ Meses _____

18. Existem postos de trabalho vagos para médicos especialistas no município?

Sim

Não

19. Havendo postos vagos para médicos especialistas, há dificuldade de preenchimento destes postos?

Não

Sim. Por quê?

- ☐ O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais.
- ☐ Os incentivos e benefícios não são considerados atrativos pelos profissionais.
- ☐ Falta de perspectiva e progressão na carreira.
- ☐ Insatisfação com o horário de trabalho exigido.
- ☐ Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância.
- ☐ Falta de segurança no local de trabalho.
- ☐ Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade
- ☐ Pouco acesso a exames, medicamentos, equipamentos, etc.
- ☐ Consideram a infraestrutura existente inadequada
- ☐ As formas de contratação/vinculação não são consideradas atrativas pelos profissionais.
- ☐ Inexistência de outras oportunidades de trabalho no município
- ☐ Inexistência de opções de lazer e cultura no município
- ☐ Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB.
- ☐ Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho.
- ☐ Outras: _____

20. Quando um cargo de médico da APS fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher:

Dias _____

Semanas _____

Meses _____

21. Para qual especialidade o município tem maior dificuldade de contratação? (Citar até 3)

Especialidade 1: _____

Especialidade 2: _____

Especialidade 3: _____

Pesquisa com Hospitais privados

Dados do Hospital

Nome: _____

Município: _____ UF: _____ Região: _____

Telefone: _____ Fax: _____

E-mail _____

Dados do Respondente

1. Nome do respondente: _____

2. Cargo: _____

3. Há quanto tempo o(a) senhor(a) está no cargo? _____

4. Os médicos que trabalham nesse estabelecimento (pode marcar mais de uma alternativa):

- a) Têm vínculo empregatício, são contratados do hospital.
- b) São Sócios/ Proprietários do estabelecimento
- c) São Cooperados
- d) São Prestadores de serviço – Autônomo, Pessoa Física.
- e) São Prestadores de serviço – Pessoa Jurídica
- f) São Terceirizados – contratados por Organização Social – OS/ Org. da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP/ Org. Não-Governamental – ONG/ Entidades Filantrópicas.
- g) São contratados por Empresas Privadas Lucrativas
- h) São Credenciados (médicos não tem vínculo com o estabelecimento, são credenciados por planos e seguros de saúde)
- i) São bolsistas (Residentes)
- j) Outros; Especifique: _____

5. (Se respondeu alternativas C, D, E, F e/ou G) Qual o motivo para a utilização da contratação indireta de médicos para o hospital?

- a) O custo desse tipo de contratação é menor
- b) Poder demitir, contratar, remanejar, com mais facilidade. (Flexibilização)

- c) Poder oferecer salários maiores
- d) Formas de organização dos médicos em cooperativas e empresas
- e) Outra; especificar: _____

6. O sistema utilizado para remunerar os médicos especialistas é baseado em (pode marcar mais de uma alternativa):

- a. Salário fixo, baseado em tempo/ carga horária Valor: _____ CH: _____.
- b. Por plantão Valor do plantão: _____ CH: _____.
- c. Por produção ou procedimento
- d. Pacote fechado
- e. Outro; especificar: _____

Regime de Trabalho/Remuneração/Fixação

7. O hospital oferece aos médicos especialistas alguns dos seguintes incentivos/benefícios:

Opções de resposta:

Sim;

Não;

Não sei.

Incentivos Monetários

- a. Adicional por tempo de serviço.
- b. Adicional por metas, resultados, produtividade.
- c. Adicional por qualificação/titulação
- d. Décimo terceiro salário
- e. Férias remuneradas
- f. Insalubridade
- g. Adicional por exercício em áreas rurais / remotas
- h. Adicional por exercício em áreas urbanas periféricas inseguras e ou com dificuldade de acesso
- i. Outros; especificar: _____

Incentivos Extra monetários

- a. Auxílio alimentação / ticket refeição
- b. Auxílio transporte
- c. Auxílio moradia
- d. Folgas semanais / Flexibilização da carga horária
- e. Cursos de capacitação / Educação permanente
- f. Liberação para conferências, congressos, seminários.
- g. Outro; especificar: _____

8. O hospital utiliza ou poderia utilizar as estratégias abaixo para fixar o médico especialista no estabelecimento?

Opções de resposta:

- Sim;
- Não;
- Não sei.

	Utiliza	Considera um atrativo
a. Oferecer salários mais altos		
b. Oferecer plano de cargos e carreira		
c. Oferecer auxílio transporte, alimentação.		
d. Oferecer moradia/auxílio moradia		
e. Oferecer vínculo de trabalho		
f. Oferecer acesso a exames, medicamentos, equipamentos, etc.		
g. Oferecer infraestrutura adequada		
h. Oferecer flexibilidade na jornada de trabalho		
i. Oferecer cursos de capacitação/ Educação permanente.		
j. Oferecer outras oportunidades de trabalho (plantões).		
k. Oferecer espaço no hospital para atendimento médico particular		
l. Outras; Especificar:		
m. Nenhuma estratégia é utilizada		

9. Em média quanto tempo o Médico especialista fica no estabelecimento?

Anos _____ Meses _____

10. Existem postos de trabalho vagos para médicos especialistas no estabelecimento?

Sim

Não

10.1 Havendo postos vagos para médicos especialistas, há dificuldade de preenchimento destes postos?

Não

Sim. Por quê?

- ☐ O nível de remuneração é considerado baixo pelos profissionais.
- ☐ Os incentivos e benefícios não são considerados atrativos pelos profissionais.
- ☐ Falta de perspectiva e progressão na carreira.
- ☐ Insatisfação com o horário de trabalho exigido.
- ☐ Dificuldade de acesso ao local do trabalho / distância.
- ☐ Falta de segurança no local de trabalho.
- ☐ Falta de condições técnicas para o exercício da especialidade
- ☐ Pouco acesso a exames, medicamentos, equipamentos, etc.
- ☐ Consideram a infraestrutura existente inadequada
- ☐ As formas de contratação/vinculação não são consideradas atrativas pelos profissionais.
- ☐ Inexistência de outras oportunidades de trabalho no município
- ☐ Inexistência de opções de lazer e cultura no município
- ☐ Falta de profissionais titulados segundo os critérios do MEC e da AMB.
- ☐ Falta de profissionais com experiência requerida para o trabalho.
- ☐ Outras: _____

11. Quando um cargo de médico especialista fica vago, em média, quanto tempo leva para preencher:

Dias _____

Semanas _____

Meses _____

12. Para qual especialidade o hospital tem maior dificuldade de contratação? (Citar até 3)

Especialidade 1: _____

Especialidade 2: _____

Especialidade 3: _____

ETAC com médicos

Informações Cadastrais:

Data da Pesquisa: |__|/|__|/|__|

Operador:

Situação:

Código do município (IBGE):

Nome do Município:

Código do estabelecimento de saúde:

Nome do Estabelecimento de saúde:

Telefone do estabelecimento de saúde:

E-mail do Estabelecimento de saúde:

Nome do médico:

Telefone do médico:

E-mail do profissional:

Dados do trabalho:

13. Há quanto tempo trabalha neste município? Anos: |__| Meses: |__|

14. Qual a sua especialidade principal? _____ (lista de especialidades)

- 2.1. Possui título ☐ emitido pela AMB
 ☐ emitido pela CNRM
 ☐ não possui título

3. Você atua em outras especialidades? Sim/Não

Se SIM, qual(is)?

Especialidade	Titulação
Especialidade 1: _____	☐ emitido pela AMB ☐ emitido pela CNRM ☐ não possui título
Especialidade 2: _____	
Especialidade 3: _____	
Especialidade 4: _____	

Estabelecimentos onde atua

4. O(a) senhor(a) atua em:	Neste estabelecimento o(a) senhor(a) é:
a. () UBS/Centro de saúde/Posto de saúde	a. Empregado do município/Estado (Estatutário/ CLT/ Contrato Temp. com a Adm. Pública/ Cargo Comissionado) b. Terceirizado – contratado por OS, OSCIP, ONG ou Filantrópica. c. Prestador de serviço (pessoa jurídica) d. Bolsista (Mais Médicos, PROVAB, Residente) e. Outro; especificar.
b. () Ambulatório de especialidades - AME / Clínica de especialidades / Policlínicas públicas	a. Empregado do município/Estado (Estatutário/ CLT/ Contrato Temp. com a Adm. Pública/ Cargo Comissionado) b. Terceirizado – contratado por OS, OSCIP, ONG ou Filantrópica. c. Prestador de serviço (pessoa jurídica) d. Bolsista (Mais Médicos, PROVAB, Residente) e. Outro; especificar.
c. () Hospital público	a. Empregado do município/Estado (Estatutário/ CLT/ Contrato Temp. com a Adm. Pública/ Cargo Comissionado) b. Terceirizado – contratado por OS, OSCIP, ONG ou Filantrópica. c. Prestador de serviço (pessoa jurídica) d. Bolsista (Mais Médicos, PROVAB, Residente) e. Outro; especificar.
d. () Hospital privado	a. Empregado (possui vínculo empregatício) b. Sócio/Proprietário do estabelecimento c. Autônomo - Pessoa Física/RPA/Prestador de serviço d. Pessoa jurídica e. Terceirizado – contratado por OS, OSCIP, ONG ou Filantrópica. f. Credenciado por plano ou seguro de saúde e. Outro; especificar.
e. () Policlínicas / Clínica de especialidades privadas	a. Empregado (possui vínculo empregatício) b. Sócio/Proprietário do estabelecimento c. Autônomo - Pessoa Física/RPA/Prestador de serviço d. Pessoa jurídica e. Terceirizado – contratado por OS, OSCIP, ONG ou Filantrópica. f. Credenciado por plano ou seguro de saúde e. Outro; especificar.

e.1. Esta policlínica é: () de 1 especialidade apenas
 () Mais de uma especialidade; Quais? _____

e.2a. Quantas pessoas trabalham na policlínica? _____

e.2b. Quantos médicos? _____

f. () Consultório / clínica particular	a. Empregado (possui vínculo empregatício) b. Sócio/Proprietário do estabelecimento c. Autônomo - Pessoa Física/RPA/Prestador de serviço d. Pessoa jurídica e. Terceirizado – contratado por OS, OSCIP, ONG ou Filantrópica. f. Credenciado por plano ou seguro de saúde e. Outro; especificar.

f.1. Este consultório é: () de 1 especialidade apenas
() Mais de uma especialidade; Quais? _____

f.2a. Quantas pessoas trabalham no consultório? _____

f.2b. Quantos médicos? _____

Fatores de Fixação:

15. Vamos falar agora de fatores que você considera importantes para a sua permanência em um trabalho como médico. Numa escala onde 1 (um) significa **nenhuma importância** e 5 (cinco) significa **muito importante**, qual importância você atribui à/ao?

- a. ☐ Tipo de vínculo oferecido pelo estabelecimento (se CLT, autônomo, PJ, etc.)
- b. ☐ Oferta de capacitação ou educação permanente
- c. ☐ Oferta de moradia no município ou auxílio moradia
- d. ☐ Oportunidade de trabalhar em outros locais
- e. ☐ Oportunidade de trabalho para o cônjuge ou companheiro no município
- f. ☐ Acesso à educação básica de qualidade para os filhos no município
- g. ☐ Flexibilidade na jornada de trabalho e folgas
- h. ☐ Opções de lazer e cultura no município
- i. ☐ Estrutura física adequada do local de trabalho
- j. ☐ Disponibilidade de equipamentos
- k. ☐ Disponibilidade de medicamentos
- l. ☐ Acesso a exames e serviços complementares (diagnóstico e terapêutico)
- m. ☐ Trabalhar no mesmo município de nascimento ou onde possui laços familiares
- n. ☐ Remuneração
- o. ☐ Liberdade e autonomia decisória no trabalho
- p. ☐ Existência de equipe de trabalho e possibilidade de discutir casos com colegas
- q. ☐ Acesso familiar à assistência médica e odontológica
- r. ☐ Morar no mesmo município de trabalho ou em município próximo
- s. ☐ Pagamento em dia

Dados pessoais:

16. Qual o seu sexo?

Masculino / Feminino

17. Você é natural **deste** município?

- a. Sim.
- b. Não, de outro município de São Paulo.
- c. Não, de outro estado.
- d. Não, de outro país.

18. Você reside **neste** município?

- c. Sim.
- d. Não, em outro município de São Paulo.
- e. Não, em outro estado.

18.1. Quanto tempo, em média, você leva de casa até o local de trabalho?

- a. Até 15 minutos
- b. Mais de 15 até 30 minutos
- c. Mais de 30 minutos até 1 hora
- d. Mais de 1 até 2 horas
- e. Mais de 2 horas

19. Qual sua idade? |__ __| anos

20. Quando você se formou em medicina? |__ __ __ __|

15.1 Em instituição pública ou privada?

15.2 Em São Paulo?

Sim / Não

21. Você é casado (a) ou vive em união estável?

Sim / Não

22. Tem filhos?

- a. Não.
- b. Sim, em idade escolar.
- c. Sim, com mais de 18 anos.

23. Possui título de especialista?

Sim / Não

18.1. Se sim, quais?	18.2. O título foi emitido pela:
1ª (ver lista em anexo)	☐ CNRM ou ☐ AMB
2ª (...)	☐ CNRM ou ☐ AMB
3ª (...)	☐ CNRM ou ☐ AMB
4ª (...)	☐ CNRM ou ☐ AMB

24. Esta pesquisa possui duas fases, sendo esta entrevista a primeira delas. A segunda será realizada através do preenchimento de um questionário *online*, que leva em média 5 minutos para ser respondido. A seleção para participação da segunda fase será aleatória, caso você seja selecionado, teria disponibilidade para preencher o formulário?

Sim / Não

(confirmar e-mail para envio do formulário)

APENDICE D – Roteiros da pesquisa em profundidade



ROTEIRO ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

MÉDICOS

Estudo para Proposição de Estratégias de Fixação de RH nos respectivos Municípios, no âmbito do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde no Estado de São Paulo.

Nome entrevistado:

Data de nascimento:

Local de nascimento:

Tipo de estabelecimento do local da entrevista:

BLOCO I: TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

1. Onde você fez sua graduação? (Nome da instituição de ensino, município, ano de conclusão)
2. Você possui título de especialista? (Nome da instituição, município, ano de conclusão) Se sim, como obteve? Fez prova da sociedade? Por que optou por fazer essa prova?
3. Qual foi seu primeiro emprego? (Onde? Quando? Por quanto tempo permaneceu? Por que saiu?)
4. Em quais áreas da medicina você já atuou? Qual você mais se identificou? Por quê?

BLOCO II: MUNICÍPIO

5. Há quanto tempo você atua neste município? Por que escolheu trabalhar aqui? Como ficou sabendo da vaga?
6. Havia outras opções de trabalho, quando escolheu trabalhar neste município? O que o fez optar por este?
7. Você já atuou em outros municípios? Se sim, quais os pontos positivos e negativos ele apresentava, em relação ao atual?
8. Descreva um pouco essa cidade. Como é morar aqui? (O que agrada? O que não agrada? O que sente falta na cidade? Quais as atividades de lazer você encontra no município? O que faz em sua hora livre? Facilidade de transporte/deslocamento, distância da residência). (Se o profissional não residir na cidade: Onde reside? Qual distância? Por que não reside?)

BLOCO III: LOCAL DE TRABALHO

9. Você trabalha em outros locais? Se sim, quais?
10. Destes locais, qual você considera ser o principal? Por quê?
11. Há quanto tempo você trabalha neste local (da entrevista)? Qual sua carga horária neste local?
12. Como é o processo seletivo? Que tipo de vínculo você possui? (concurso, CLT, contrato, etc.) Qual o sistema de remuneração? (plantão, produtividade, salário fixo, etc.) Possui algum tipo de benefício/incentivo? (investigar incentivos monetários e não monetários, como transporte, alimentação, flexibilidade de horário, etc.) Você está satisfeito com o valor e o sistema de remuneração?
13. O que motivou a escolha do seu local de trabalho? (Explorar: Carga horária, tipo de vínculo, sistema de remuneração)
14. Qual a sua avaliação sobre a infraestrutura do seu trabalho? (Espaço físico e acesso a materiais e medicamentos)
15. Qual a sua avaliação sobre o Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia oferecida pelo município? Tem acesso a exames laboratoriais/exames de imagem/alto custo? Onde são realizados? Existem exames que você solicita com frequência e não são disponibilizados pelo município?
16. Qual a sua avaliação sobre a rede de serviços de saúde do município? (Explorar: principais especialidades de encaminhamento, dificuldades de deslocamento, disponibilidade de especialista, tempo de espera e existência de contrarreferência dos pacientes).
17. Em sua opinião, se os médicos da APS pudessem realizar mais atividades clínicas, poderia desafogar as filas das redes secundária e terciária? Se sim, quais atividades?
18. Quais são seus planos profissionais? Você pretende permanecer neste município/trabalho? Essa intenção já existia quando veio para o município? Se não, o que motivou a mudança? O que te faria permanecer neste município/trabalho)
19. Atualmente, com quem você reside? Qual seu estado civil? Você tem filhos? Se sim, moram no município? (Explorar: profissão cônjuge, se trabalha no mesmo município, se a contratação do cônjuge foi simultânea a dele, idade dos filhos, se estudam no município)



ROTEIRO ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Estudo para Proposição de Estratégias de Fixação de RH nos respectivos Municípios, no âmbito do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde no Estado de São Paulo.

Nome entrevistado: _____

Ano de nascimento: _____

Município/UF de nascimento: _____ / _____

Área de formação: _____

Município/UF de formação: _____ / _____ Ano de conclusão: _____

Residência/especialidade: _____

Tempo no cargo: _____

Já teve experiência de gestão? Não Sim. Qual?

1. Qual o número aproximado de médicos da Atenção Primária e de especialistas atuando pelo município?
2. Arranjo institucional utilizado para oferta do serviço de saúde, isto é, o que é feito de forma direta pela Secretaria ou estabelecimento, e o que é feito de forma indireta (OS, cooperativa, Estado, Filantrópica, Associação, Consórcio, etc.)
3. Quais são as formas de contratação de médicos (AB e especialistas)? Como são divulgadas as vagas?
4. Você atua diretamente nos processos de contratação de médicos (AB e especialistas)? Se não, quem é o responsável? Qual a sua participação neste processo?
5. Qual o salário dos médicos no município? (AB e especialistas)
6. As formas de contratação são utilizadas como estratégias de atração e fixação de médicos? (Explorar como, quais, porque)?
7. Atualmente, existem postos de trabalho vagos para médicos da Atenção Primária?
 - 7.1 Se sim, há quanto tempo? (explorar se em unidades específicas)
 - 7.2 Essa é uma situação padrão?

- 7.3 Qual o tempo médio de preenchimento de uma vaga para médico na APS, após seu anúncio?
- 7.4 Quais são as principais dificuldades para contratar esses profissionais?
- 7.5 Como vocês lidam com esse problema? (Investigar se o estabelecimento oferece algum tipo de incentivo – monetário e não monetário – para atrair os profissionais).
8. Quais especialidades o município possui mais dificuldade em contratar?
9. Atualmente o município está com todas as vagas de médicos especialistas preenchidas?
- 9.1 Se não, há vagas para quais especialidades? Há quanto tempo?
- 9.2 Essa é uma situação padrão? Qual o tempo médio de preenchimento de uma vaga?
- 9.3 Quais são as razões de dificuldade para contratar esses profissionais?
- 9.4 Como o município lida com esse problema? (Explorar quais estratégias são utilizadas - tipos de incentivos monetários e não monetários – para atrair os profissionais médicos)
10. Em sua opinião, teria alguma(s) estratégia(s) que o município poderia utilizar para tentar atrair e fixar médicos?
11. O município já lançou mão de estratégias no passado que obtiveram êxito? (se sim, quais, porque não funcionou?)
12. A rotatividade de médicos (APS e especialistas), no município, é alta? Você percebe mudança, nos últimos anos?
- 12.1 Se sim, a que atribui essa mudança? Alguma prática diferente nos processos de seleção ou de contratação dos profissionais tem sido praticada ou pensada para reduzir esta rotatividade?
13. Quando há mudança no governo municipal, há interferência na rotatividade dos profissionais?
14. Quais características do seu município você considera que favorecem a atração e fixação desses profissionais?
15. Quais características do seu município você considera que podem prejudicar a atração e fixação desses profissionais?
16. Em sua opinião, qual o perfil de profissional é mais propício de se interessar em trabalhar no seu município?
17. Quando acontece de um médico (APS e especialistas) deixar o cargo, quais as razões apresentadas por eles para a saída?

18. O que você acredita que poderia ser feito pelas instâncias federal, estadual e municipal para ajudar os municípios a atrair e fixar médicos (APS e especialistas)?
19. Você considera que a ampliação das atividades clínicas de médicos que atuam na APS poderia reduzir os encaminhamentos para os níveis de atenção secundária e terciária?
20. Esta ampliação poderia compensar a escassez de médicos especialistas?



ROTEIRO ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

GESTORES DE HOSPITAIS E AMEs

Estudo para Proposição de Estratégias de Fixação de RH nos respectivos Municípios, no âmbito do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde no Estado de São Paulo.

Nome entrevistado:	_____
Ano de nascimento:	_____
Município/UF de nascimento:	_____ / _____
Área de formação:	_____
Município/UF de formação:	_____ / _____
Ano de conclusão:	_____
Pós-graduação:	_____
Tempo no cargo:	_____
Já teve experiência de gestão?	Não Sim. Qual?

1. Qual o número de médicos atuando no Hospital (ou AME)?
2. Quais as especialidades médicas ofertadas neste estabelecimento?
3. Arranjo institucional utilizado para oferta do serviço de saúde, isto é, o que é feito de forma direta pela Secretaria ou estabelecimento, e o que é feito de forma indireta (OS, cooperativa, Estado, Filantrópica, Associação, Consórcio, etc.)
4. Quais são as formas de contratação dos médicos? Como são divulgadas as vagas?
5. Você atua diretamente nos processos de contratação dos médicos? Se não, quem atua diretamente nisso e qual a sua participação nos processos de contratação?
6. Qual o salário dos médicos neste estabelecimento?
7. As formas de contratação são utilizadas como estratégias de atração e fixação de médicos? (Explorar como, quais, porque)?
8. Quais especialidades médicas que geralmente vocês têm mais dificuldade de contratar?
9. Atualmente você está com todas as vagas preenchidas de médicos?
 - 9.1 Se não, há vagas para quais especialidades? Há quanto tempo?
 - 9.2 Essa é uma situação padrão? Qual o tempo médio de preenchimento de uma vaga?
 - 9.3 Quais são as principais dificuldades para contratar esses profissionais?
 - 9.4 Como vocês lidam com esse problema? (Investigar se o estabelecimento oferece algum tipo de incentivo – monetário e não monetário – para atrair os profissionais).

10. Em sua opinião, teria alguma(s) estratégia(s) que o estabelecimento poderia utilizar para tentar atrair e fixar médicos?
11. Vocês já lançaram mão de estratégias no passado que obtiveram êxito? (se sim, quais, porque não funcionou?)
12. A rotatividade de médicos, no hospital/AME, é alta? (Quanto tempo ficam, especialidades)
 - 10.1 Se sim, a que atribui essa mudança? Alguma prática diferente nos processos de seleção ou de contratação dos profissionais tem sido praticada ou pensada para reduzir a rotatividade?
13. Quais características do trabalho no hospital/na AME favorecem a atração e fixação de médicos?
14. Quais características do seu estabelecimento você considera que podem favorecer a atração e fixação desses profissionais?
15. Quais características do seu estabelecimento você considera que podem prejudicar a atração e fixação desses profissionais?
16. Em sua opinião, qual o perfil de profissional é mais propício de se interessar em trabalhar neste estabelecimento?
17. Quando acontece de um médico deixar o cargo, quais as principais razões apresentadas por eles para a saída?
18. Você considera que a ampliação das atividades clínicas de médicos que atuam na APS poderia reduzir os encaminhamentos e as filas de espera neste estabelecimento? Qual o seu posicionamento sobre o assunto?
19. Esta ampliação poderia compensar a escassez de médicos especialistas?

APENDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Convite para participação em pesquisa

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Proposição de Estratégias de Fixação de Recursos Humanos”, que está sendo realizada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pela Estação de Trabalho ObservaRH do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Esta pesquisa integra o Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde, em execução pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo - SES/SP sob a coordenação da Unidade de Coordenação do Projeto (UCP), em cinco áreas geográficas selecionadas como prioritárias no Estado, a saber: Vale de Ribeira, Região Metropolitana de Campinas, Vale de Jurumirim, Itapeva e Litoral Norte.

O objetivo desta pesquisa é entender como as diferentes características do arranjo produtivo local influenciam na atração e fixação dos profissionais de saúde e de que forma contribui ou não para ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, nas cinco regiões selecionadas.

Os municípios foram escolhidos pela possibilidade de, além de coletar os dados sobre as motivações dos gestores e profissionais, permitir a observação das condições de trabalho desses profissionais, bem como as carências existentes nos municípios, relativamente aos serviços de saúde.

Para isto solicitamos sua especial colaboração na participação da pesquisa, respondendo a uma entrevista. Sua participação é muito importante e é voluntária. Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação nesse estudo. Esta discussão será gravada para efeito de registro e o material gravado será descartado após cinco anos e ficará sob a guarda do pesquisador durante esse período.

Caso necessite de qualquer tipo de esclarecimento, pedimos entrar em contato com o coordenador da pesquisa Sabado Nicolau Girardi pelo telefone (31)3409-9688 ou pelo e-mail epsm@nescon.medicina.ufmg.br.

Caso concorde em participar, por favor, assine essa via no espaço abaixo:

Nome: _____

Assinatura: _____

Obrigado pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Pesquisador responsável

APENDICE F – Logística do trabalho de campo

Litoral Norte

- ⇒ Data: 05 a 09/12/2016
- ⇒ Pesquisadores: Ana Cristina van Stralen de Sousa, Renata Bernardes David, Thais Lauer, Carinne Magnago.
- ⇒ Voos: Belo Horizonte (CNF) > São Paulo (Guarulhos)
Ida: Dom, 04/12/2016;
Volta: 16/12/2016 (farão o campo Vale do Ribeira na semana seguinte)
- ⇒ Carro: pegar dia 04/12 e devolver dia 16/12, no aeroporto (motivo explicado acima).

- ⇒ Municípios a visitar:
Sem muita distinção entre os municípios, a proposta é visitar os quatro. É a região com o maior nº de hospitais privados:
 - Caraguatatuba: sede; possui AME; conta com um hospital público estadual, 03 hospitais privados lucrativos e um hospital privado não lucrativo.
 - Ilhabela: possui um hospital privado não lucrativo com 88 vínculos médicos; 148 vínculos médicos no município.
 - São Sebastião: possui um hospital privado não lucrativo com 215 vínculos médicos; 491 vínculos médicos no município.
 - Ubatuba: possui um hospital privado não lucrativo com 77 vínculos médicos; 186 vínculos médicos no município.

- ⇒ Atores a serem entrevistados:
 - Gestores de saúde dos municípios;
 - Gestores dos hospitais;
 - Médicos dos diversos serviços nos quatro municípios.

- ⇒ Data: 12 a 16/12/2016
- ⇒ Pesquisadores: Jackson Freire Araujo, Juliano de Carvalho Fonseca, Renata Bernardes David
- ⇒ Voos: Belo Horizonte (CNF) > Campinas (VCP)
- ⇒ Ida: Dom, 11/12/2016;
Volta: Sex, 16/12/2016;
Renata: vai de ônibus para Campinas, a partir do Campo Litoral Norte
- ⇒ Carro: pegar dia 11/12 e devolver dia 16/12, no aeroporto de Campinas

- ⇒ Municípios a visitar:
 - Avaré: sede; conta com um hospital privado não lucrativo com 192 vínculos de médicos.
 - Piraju: sede do Consórcio intermunicipal do Alto Vale do Paranapanema (AMPAVA); possui um hospital filantrópico com 76 vínculos de médicos.
 - Tejupá: população inferior a 5 mil hab., escassez moderada.
 - Águas de Santa Bárbara: dos dois municípios da região que não fazem parte do Consórcio AMPAVA, é o mais distante da sede, não possui estabelecimento hospitalar, conta com 10 vínculos de médicos.

- ⇒ Atores a serem entrevistados:
 - Gestores de saúde dos municípios;
 - Gestores dos hospitais;
 - Presidente do Consórcio intermunicipal do Alto Vale do Paranapanema (AMPAVA)
 - Médicos dos diversos serviços nos quatro municípios.

Itapeva

- ⇒ Data: 12 a 16/12/2016
- ⇒ Pesquisadores: Ana Carolina Maciel, Joana Natalia Cella, Swheleen
- ⇒ Voos: Belo Horizonte (CNF) > Campinas (VCP)
Ida: dom, 11/12/2016;
Volta: 16/12/2016
- ⇒ Carro: pegar dia 11/12 e devolver dia 16/12, no aeroporto de Campinas.

- ⇒ Municípios a visitar:
 - Itapeva: sede da região de saúde; possui AME; residência médica; conta com um hospital público municipal e um hospital privado não lucrativo.
 - Bom Sucesso de Itararé: único município com algum grau de escassez (escassez moderada); possui apenas um médico no CNES.
 - Itapirapuã Paulista: distante mais de 2 horas da sede, população inferior a 5 mil hab., conta com 2 médicos no CNES, com 4 vínculos.
 - Ribeirão Branco: município com 17 mil hab., conta com um hospital público municipal com 14 vínculos de médicos, e 29 vínculos médicos no total.

- ⇒ Atores a serem entrevistados:
 - Gestores de saúde dos municípios;
 - Gestores dos hospitais;
 - Coordenador da residência médica;
 - Médicos dos diversos serviços nos quatro municípios.

Vale do Ribeira

- ⇒ Data: 12 a 16/12/2016
- ⇒ Pesquisadores: Ana Cristina van Stralen de Souza, Thais Lauar, Carinne Magnago.
- ⇒ Voos:
 - Ida: de carro, vindo do Litoral Norte
 - Volta: Guarulhos (SP) > Belo Horizonte (CNF) dia 16/12/2016
 - Carro: devolver no aeroporto (Guarulhos) dia 16/12.
- ⇒ Municípios a visitar:
 - Registro: sede, conta com um hospital privado lucrativo e um hospital privado não lucrativo, 234 vínculos de médicos no município.
 - Pariquera-Açu: sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira e Litoral (CONSAUDE); população inferior a 20 mil habitantes, conta com 01 hospital público com 115 vínculos de médicos e possui residência médica;
 - Itariri: único município da região que não integra o CONSAUDE, não possui hospital, conta com 22 vínculos de médicos.
 - Sete Barras: município com 13 mil hab., baixa escassez, sem estabelecimento hospitalar, conta com 16 vínculos de médicos.
- ⇒ Atores a serem entrevistados:
 - Gestores de saúde dos municípios;
 - Gestores dos hospitais;
 - Coordenador da residência médica;
 - Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira e Litoral (CONSAUDE);
 - Médicos dos diversos serviços nos quatro municípios.

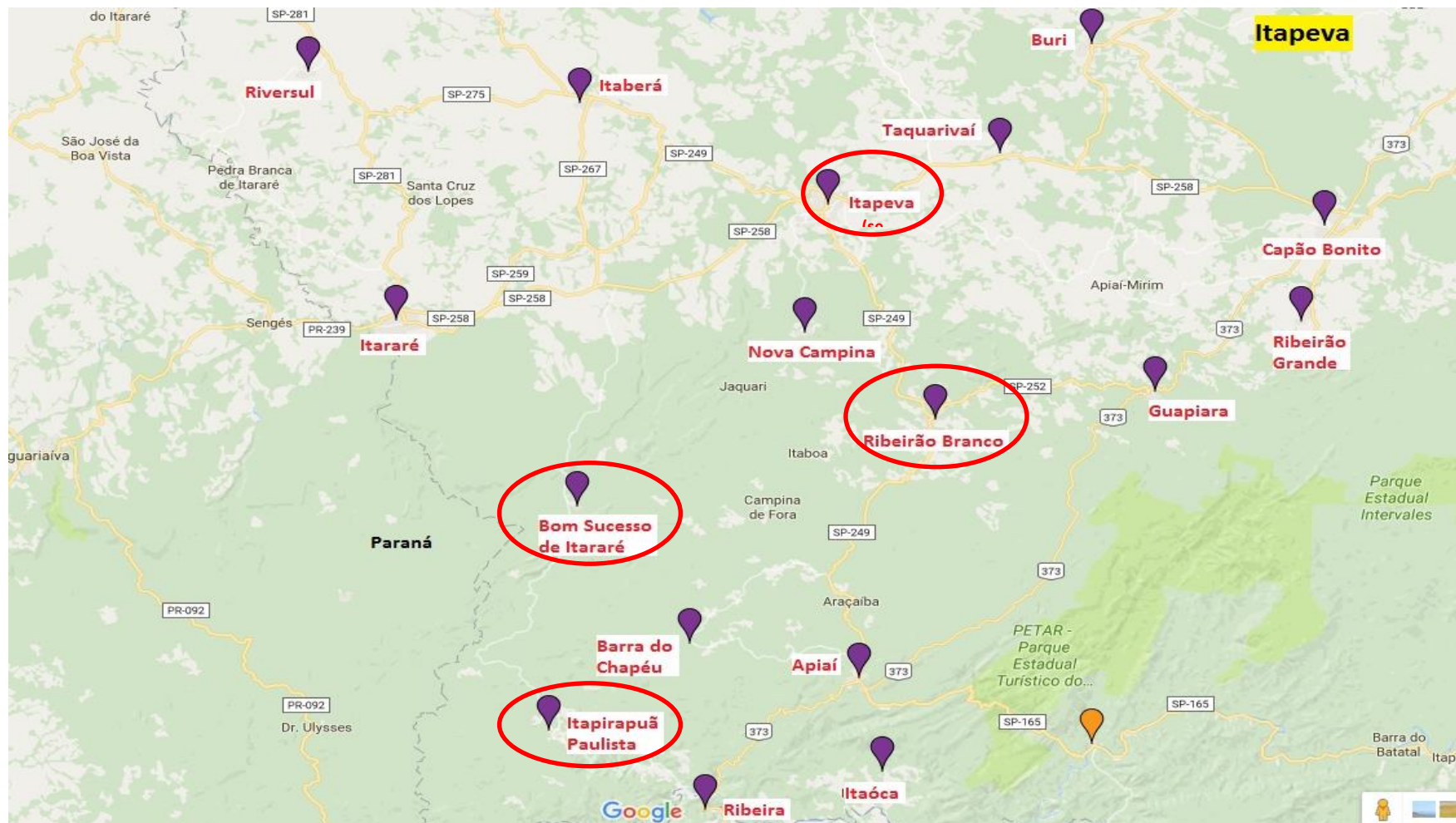
Metropolitana de Campinas

- ⇒ Data: 23 a 27/01/2017
- ⇒ Pesquisadores: a definir.
- ⇒ Voos: Belo Horizonte (CNF) > Campinas (VCP)
Ida: Dom, 22/01/2017; volta: 27/01/2017
Carro: pegar e devolver no aeroporto.
- ⇒ Municípios a visitar:
 - Campinas: sede; possui AME; residência médica; um hospital público estadual, três hospitais públicos municipais, 28 hospitais privados lucrativos e 10 hospitais privados não lucrativos; possui mais de 13 mil vínculos de médicos.
 - Santa Bárbara d'Oeste: possui traços de escassez; conta com dois hospitais privados lucrativos e um hospital privado não lucrativo, e um total de 639 vínculos de médicos;
 - Engenheiro Coelho: é o município mais distante de Campinas; não possui nenhum estabelecimento hospitalar informado no CNES; conta com 68 vínculos de médicos.
 - Indaiatuba: possui residência médica; um hospital público municipal, três hospitais privados lucrativos e dois hospitais privados não lucrativos; conta com aproximadamente 1.600 vínculos de médicos.
- ⇒ Atores a serem entrevistados:
 - Gestores de saúde dos municípios;
 - Gestores dos hospitais;
 - Coordenadores das residências médicas;
 - Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira e Litoral (CONSAUDE);
 - Médicos dos diversos serviços nos quatro municípios.

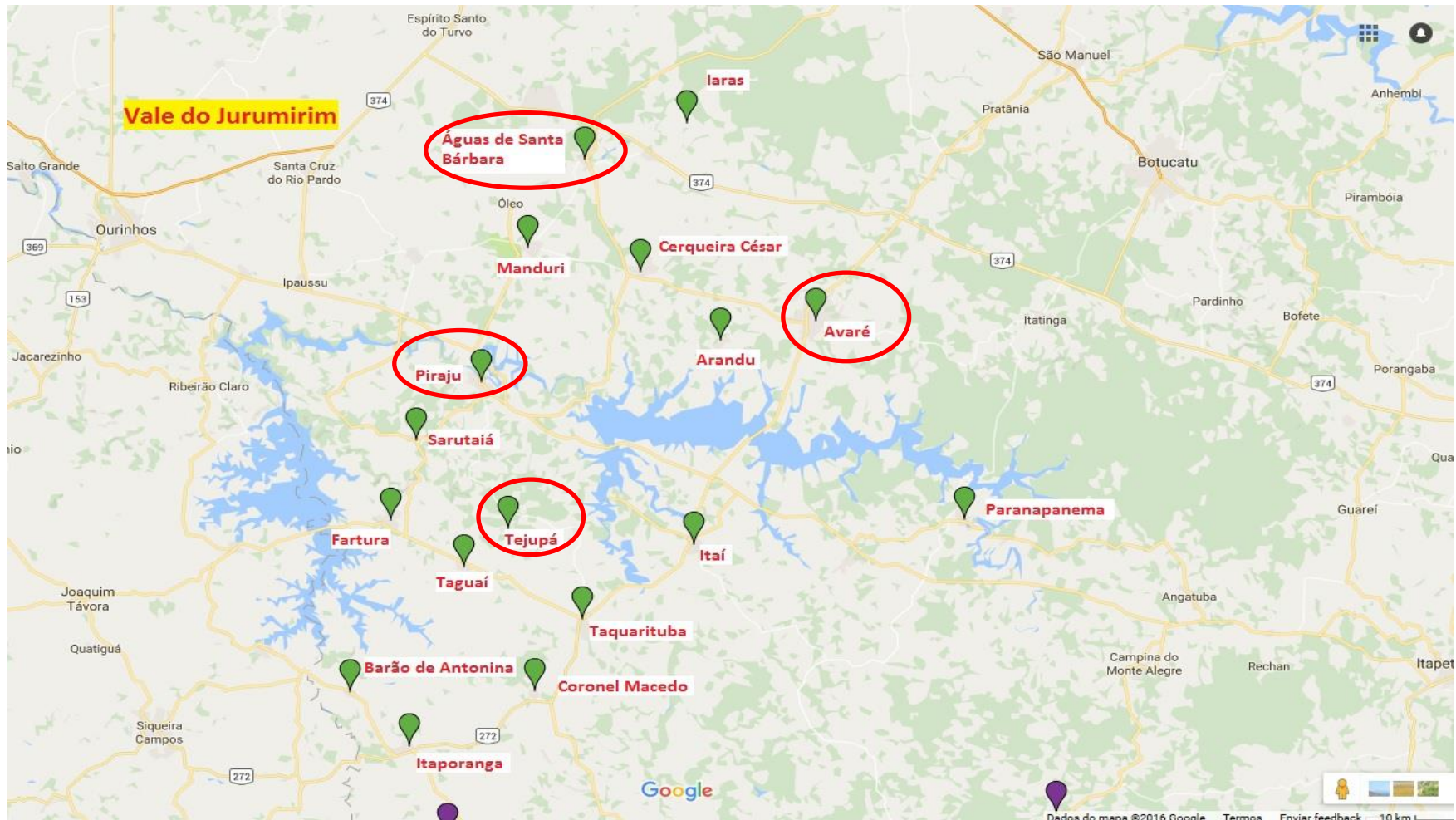
Mapa 15 – Municípios selecionados do Litoral Norte.



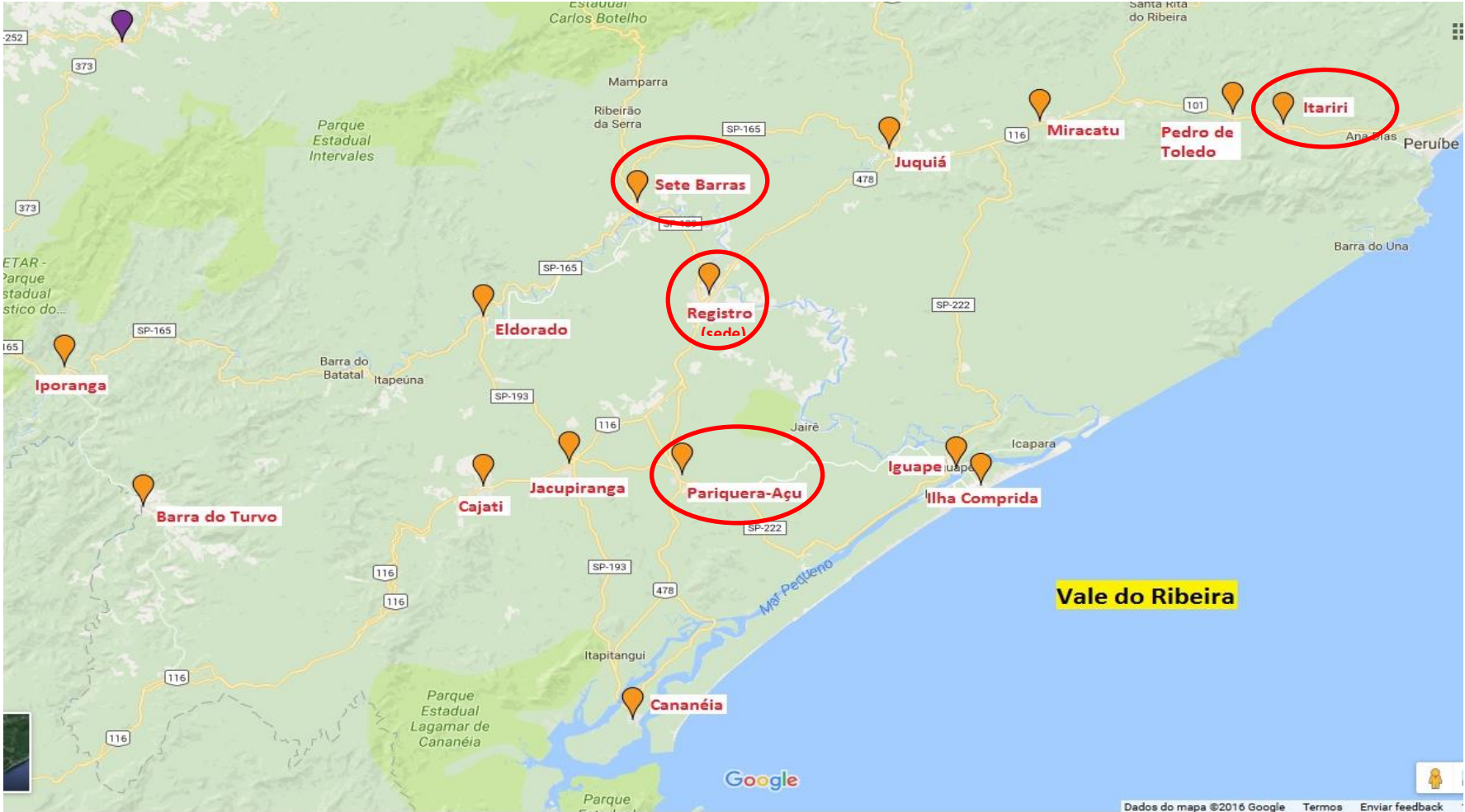
Mapa 16 – Municípios selecionados de Itapeva.



Mapa 17 – Municípios selecionados do Vale do Jurumirim.



Mapa 18 – Municípios selecionados do Vale do Ribeira.



A map of the Metropolitan Region of Campinas (RM Campinas). The map shows several municipalities, each marked with a blue pin. Five of these locations are highlighted with red circles: Engenheiro Coelho (top center), Sta Bárbara do Oeste (middle left), Campinas (center bottom), Indaiatuba (bottom center), and Itapecetina (bottom right). Other labeled municipalities include Limeira, Americana, Nova Odessa, Sumaré, Hortolândia, Monte Mor, Valinhos, Vinhedo, Itatiba, Morungaba, Pedreira, Jaguariúna, Holambra, Cosmópolis, Artur Nogueira, and São Antônio de Posse. Major roads like SP-308, SP-101, and SP-360 are also visible.

APENDICE G – Caracterização sociodemográfica e de oferta de serviços de saúde dos municípios visitados

A tabela 84 apresenta a caracterização sociodemográfica dos municípios visitados. Quase metade desses município é de pequeno porte²⁴, sobretudo no Vale do Ribeira e na região de Itapeva, onde apenas as cidades polo da microrregião de saúde são consideradas de médio porte. Somente na região de Campinas predominam os municípios de grande porte, bem como, entre todos os municípios visitados, apenas Campinas tem *status* de metrópole.

Contudo, embora a maioria dos municípios seja de pequeno porte, grande parte deles tem alta taxa de urbanização, ou seja, a maioria da população reside em áreas urbanas. Por outro lado, a taxa de urbanização média dos municípios visitados (81%) é um pouco menor do que a média do Brasil (85%) e consideravelmente menor do que a média do estado de São Paulo (95,9%).

Observa-se que a localização geográfica das microrregiões de saúde não tem relação com a urbanização, ou seja, a proximidade à capital São Paulo ou à cidade polo da mesorregião não são fatores que impactam na distribuição da população em áreas urbanas ou rurais. No entanto, há uma relação entre a localização e a qualidade de vida, mensurada pelo indicador do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), através de variáveis relacionadas à expectativa de vida, renda e educação. Os municípios mais distantes (da capital, da cidade polo da mesorregião ou da cidade de referência da microrregião de saúde) tendem a ter um menor IDHM.

Ainda em relação ao IDHM, o mesmo é, na quase totalidade dos municípios, de médio desenvolvimento (0,500 a 0,799), sendo que somente Campinas tem seu valor considerado alto (superior a 0,800). A dimensão que mais contribui para aumentar o IDHM de todos os municípios é a Longevidade, seguida de Renda e, por último, Educação. Apenas o município de Bom Sucesso de Itararé tem a dimensão Educação com maior desenvolvimento que a dimensão Renda²⁵.

No que se refere ao Produto Interno Bruto (PIB), acima apresentado em seu valor *per capita* (de acordo com dados divulgados pelo IBGE para o ano de 2014), observa-se que a maioria dos municípios tem seu valor *per capita* inferior aos valores encontrados para o Brasil (R\$

²⁴ Pequeno porte I – até 20.000 hab. Pequeno porte II – de 20.001 a 50.000 hab. Médio porte – de 50.001 a 100.000 hab. Grande porte – de 100.001 a 900.000 hab. Metrópole – mais de 900.000 hab.

²⁵ Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_/).

28.876,00) e para São Paulo (R\$ 52.796,78). Contudo, chama atenção os municípios de Ilhabela, São Sebastião e Indaiatuba, com um valor de produção de bens e serviços nimamente acima da média.

No caso de Indaiatuba é presumível que este cenário esteja associado às indústrias instaladas no município. Desde a década de 1980 houve um movimento de elisão fiscal que levou diversas indústrias a migrarem suas instalações de Campinas para Indaiatuba. Como há uma diferença significativa no número de habitantes dos dois municípios, o impacto desse fenômeno sobre o PIB *per capita* foi extremamente relevante.

O efeito potencial da pujança do PIB de São Sebastião está atrelado ao terminal marítimo ali instalado. Além de possuir um campo explorador de petróleo, o município também detém instalações de embarque e desembarque desse combustível.

Ilhabela, por sua vez, é o município com valor de PIB mais discrepante da média geral. Contudo, este é um caso bastante peculiar. Em apenas um ano (no intervalo 2012-2013) o PIB *per capita* de Ilhabela quase triplicou e em dois anos (2012-2014) o orçamento municipal aumentou mais de cinco vezes. Esse cenário de vertiginoso crescimento da economia se deve ao recebimento de *royalties* de petróleo. Muito recentemente começou a ser explorado na cidade um novo campo desse combustível fóssil, denominado Sapinhoá. Tendo entrado em fase de produção há pouco tempo, a matéria prima ainda é abundante e, logo, extremamente rentável.

No entanto, é importante ressaltar que os altos valores do PIB *per capita* não resultam, necessariamente, em uma maior renda *per capita* e tão pouco em mais qualidade de vida. Ao compararmos o IDHM dos municípios visitados, por exemplo, Ilhabela ocupa apenas a 9ª posição, ainda que apresente maior valor de riquezas produzidas.

Tabela 108 – População, taxa de urbanização, IDHM, PIB e localização – Regiões de saúde visitadas no estado de São Paulo, *circa* 2012.

Microrregião	Municípios	População (estimativa 2016)	Taxa de Urbanização (2010)	IDHM (2010)	PIB (<i>per capita</i> , 2014)	Distância da capital (SP) (Km)	Distância do município polo da mesorregi- ão ²⁶ (Km)	Distância do município refe- rência da região de Saúde (Km)
Litoral Norte	Caraguatatuba	115.071	95,87	0,759	25.871,05	171	85	-
	Ilhabela	32.782	99,31	0,756	214.314,27	209	116	30
	São Sebastião	84.294	98,87	0,772	64.304,91	197	107	25
	Ubatuba	87.364	97,60	0,751	19.420,59	232	135	55
Vale do Ri- beira	Itariri	16.913	63,85	0,677	12.108,64	154	45	84
	Pariquera-Açu	19.465	68,64	0,736	20.572,73	221	155	29
	Registro	56.356	88,77	0,754	26.221,99	194	126	-
	Sete Barras	13.098	55,29	0,673	18.027,10	213	146	20
Vale do Ju- rumirim	Águas de S. Bárbara	5.977	76,04	0,757	21.421,31	302	109	54
	Avaré	88.938	95,73	0,767	24.318,17	270	125	-
	Piraju	29.728	89,92	0,758	18.876,30	334	132	68
	Tejupá	4.713	64,88	0,668	14.870,67	359	166	93
Itapeva	Bom S. de Itararé	3.860	68,05	0,660	13.493,50	351	190	64
	Itaberá	17.946	67,98	0,693	18.292,84	324	158	35
	Itapeva	93.145	84,28	0,732	21.628,27	289	122	-
	Ribeirão Branco	17.430	50,87	0,639	28.236,85	232	128	35
Campinas	Campinas	1.173.370	98,28	0,805	49.950,16	93	-	-
	Eng. Coelho	19.059	73,14	0,732	20.010,40	161	63	58
	Indaiatuba	235.367	98,99	0,788	53.215,04	106	94	29
	Santa B. D'Oeste	191.024	99,22	0,781	27.493,77	138	69	46

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2012) e do IBGE (2014-2016).

²⁶ Municípios polo das mesorregiões – Litoral Norte: São José dos Campos. Vale do Ribeira: Itanhaém. Vale do Jurumirim (Águas de Santa Bárbara e Avaré): Bauru. Vale do Jurumirim (Piraju e Tejupá): Assis. Itapeva: Itapetininga. Campinas: Campinas.

Litoral Norte

O município de Caraguatatuba é a sede da região de saúde e, portanto, apresenta a maior quantidade de vínculos e de profissionais médicos da região (523 vínculos e 301 profissionais), totalizando uma razão de 1,7 vínculos por indivíduo. Em contrapartida, apenas 33 destes profissionais estão na Atenção Primária e possuem, juntos, um total de 38 vínculos – o menor quantitativo da região – totalizando 1,2 vínculos por indivíduo. Com uma carga horária média dos vínculos de 15 horas semanais, o número de médicos equivalente de tempo integral soma 198,7, perfazendo uma razão de 1,7 médicos ETI por 1.000 habitantes. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 32 horas de trabalho e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 30, o que totaliza a razão de 0,8 médicos ETI por 3.000 habitantes – a menor, comparada com os outros municípios do Litoral Norte. Do total de vínculos, 22,2% eram protegidos, enquanto na Atenção Primária o valor sobe para 81,6%. Caraguatatuba detém a maior porcentagem de vínculos localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública de toda região de saúde, totalizando 43,0%. No entanto, possui a menor proporção vinculada a estabelecimentos da APS, do Litoral Norte, somando apenas 7,3% (tabela 85).

Ilhabela é o município que apresenta a menor quantidade de vínculos e de profissionais médicos da região (148 vínculos e 78 profissionais), totalizando uma razão de 1,9 vínculos por indivíduo. Esta característica pode ser associada ao fato de Ilhabela possuir também a menor população da região de saúde. Destes profissionais, apesar de apenas 28 estarem na Atenção Primária, possuem, juntos, um total de 43 vínculos, totalizando 1,5 vínculos por indivíduo – a maior razão comparando os municípios do Litoral Norte. Apesar desta razão, a carga horária média dos vínculos é a menor da região, sendo de apenas 12 horas semanais. O número de médicos equivalente de tempo integral soma 42,8, perfazendo uma razão de 1,3 médicos ETI por 1.000 habitantes. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 15 horas de trabalho – também a menor, entre os municípios do Litoral Norte – e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 16,1, o que totaliza a razão de 1,5 médicos ETI por 3.000 habitantes. O município detém a maior proporção de vínculos protegidos de toda região, totalizando 83,1% dos vínculos totais e 95,3% dos vínculos na APS. Os vínculos

localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública totalizam 31,1%, sendo que 29,1% estão em estabelecimentos da APS – maior proporção entre os municípios do Litoral Norte (tabela 85).

O município de São Sebastião apresenta um total de 491 vínculos de médicos para 245 profissionais e, portanto, possui a maior razão vínculo por médico da região (2,0 vínculos por indivíduo). Destes profissionais, 68 estão na Atenção Primária e possuem, juntos, um total de 92 vínculos, totalizando 1,4 vínculos por indivíduo. Com uma carga horária média dos vínculos de 16 horas semanais, o número de médicos equivalente de tempo integral soma 192, completando a maior razão de médicos ETI por 1.000 habitantes da região (2,3 médicos ETI/1.000 habitantes). Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 20 horas de trabalho e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 45,8, o que totaliza a razão de 1,6 médicos ETI por 3.000 habitantes, também a maior razão entre os municípios da região. Do total de vínculos, 38,3% eram protegidos, enquanto na Atenção Primária o valor sobe para 75,0%. Os vínculos localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública totalizam 37,3%, sendo que 18,7% estão em estabelecimentos da APS (tabela 85).

Ubatuba apresenta um total de 186 vínculos de médicos para 125 profissionais, totalizando uma razão de 1,5 vínculos por indivíduo. Destes profissionais, 45 estão na Atenção Primária e possuem, juntos, um total de 42 vínculos, totalizando 1,1 vínculos por indivíduo – menor razão entre os municípios da região. Com uma carga horária média dos vínculos de 18 horas semanais, a maior do Litoral Norte, o número de médicos equivalente de tempo integral soma 85,7, totalizando a menor razão médicos ETI por 1.000 habitantes (1,0 médico ETI/1.000 habitantes). Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 31 horas de trabalho e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 34,4, o que totaliza a razão de 1,2 médicos ETI por 3.000 habitantes. Do total de vínculos, 29,6% eram protegidos, enquanto na Atenção Primária o valor sobe para 62,2%. Os vínculos localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública totalizam 40,3%, sendo que 24,2% estão em estabelecimentos da APS (tabela 85).

Tabela 109 – Indicadores de ocupação de médicos em estabelecimentos de saúde – Municípios visitados da região de saúde do Litoral Norte, junho de 2016.

Município	Indicadores	Médicos em estabelecimento de saúde	Médicos na Atenção Primária
Caraguatatuba	Número de vínculos	523	38
	Número de médicos	301	33
	Razão de vínculo por médico	1,7	1,2
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	198,7	30
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	1,7	0,8
	Carga horária média	15	32
	% de trabalho protegido***	22,2	81,6
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	43,0	
Ilhabela	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	7,3	
	Número de vínculos	148	43
	Número de médicos	79	28
	Razão de vínculo por médico	1,9	1,5
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	42,8	16,1
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	1,3	1,5
	Carga horária média	12	15
	% de trabalho protegido***	83,1	95,3
São Sebastião	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	31,1	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	29,1	
	Número de vínculos	491	92
	Número de médicos	245	68
	Razão de vínculo por médico	2,0	1,4
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	192,0	45,8
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	2,3	1,6
	Carga horária média	16	20
Ubatuba	% de trabalho protegido***	38,3	75,0
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	37,3	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	18,7	
	Número de vínculos	186	45
	Número de médicos	125	42
	Razão de vínculo por médico	1,5	1,1
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	85,7	34,4
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	1,0	1,2
Ubatuba	Carga horária média	18	31
	% de trabalho protegido***	29,6	62,2
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	40,3	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	24,2	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

* ETI: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas de trabalho na especialidade o corresponde a um médico.

** Para o total de médicos utilizou-se a razão por 1.000 habitantes e para médicos na APS 3.000 habitantes.

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

**** Proporção de vínculos em estabelecimentos do tipo Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde e Unidade Mista.

Vale do Ribeira

O município de Registro apresenta a maior quantidade de vínculos, entre os municípios visitados da região (234 vínculos) e 147 profissionais médicos, totalizando uma razão de 1,6 vínculos por indivíduo. Destes profissionais 35 estão na Atenção Primária e possuem, juntos, um total de 42 vínculos totalizando 1,2 vínculos por indivíduo – o maior quantitativo e a maior razão da região de saúde, entre os quatro municípios onde foram realizados trabalho de campo. Com uma carga horária média dos vínculos de 18 horas semanais, a menor entre esses municípios, o número de médicos equivalente de tempo integral soma 107,6, perfazendo uma razão de 1,9 médicos ETI por 1.000 habitantes. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 26 horas de trabalho e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 27, o que totaliza a razão de 1,4 médicos ETI por 3.000 habitantes. Do total de vínculos, 37,2% são protegidos, enquanto na Atenção Primária o valor sobe para 83,3%, sendo esta a maior proporção, entre os municípios visitados. Registro detém a menor porcentagem de vínculos localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública de toda região de saúde, totalizando 30,3%. A proporção vinculada a estabelecimentos da APS soma 17,3% (tabela 86).

Pariquera-Açu é o município que apresenta a maior quantidade de profissionais médicos, entre todos os municípios do Vale do Ribeira (188 profissionais), e 218 vínculos, totalizando uma razão de 1,9 vínculos por indivíduo. Destes profissionais, 10 estão na Atenção Primária e possuem 1 vínculo cada. Com uma carga horária média dos vínculos de 23 horas semanais o número de médicos equivalente de tempo integral soma 126,4, perfazendo uma razão de 6,5 médicos ETI por 1.000 habitantes – maiores valores da região, entre os municípios visitados. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 34 horas de trabalho – também a maior, entre os municípios do Vale do Ribeira – e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 8,5, o que totaliza a razão de 1,3 médicos ETI por 3.000 habitantes. O município detém a maior proporção de vínculos protegidos de toda região, totalizando 43,1% dos vínculos totais. Na APS o valor sobe para 70,0%, ficando abaixo somente de Registro. Os vínculos localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública totalizam 97,7%, sendo que apenas 4,6% estão em estabelecimentos da APS – menor proporção entre os municípios visitados no Vale do Ribeira (tabela 86).

O município de Itariri apresenta um total de 22 vínculos de médicos para 20 profissionais e, portanto, possui a menor razão vínculo por médico da região (1,1 vínculos por indivíduo). Destes profissionais, 12 estão na Atenção Primária e possuem 1 vínculo cada. Com uma carga horária média dos vínculos de 19 horas semanais o número de médicos equivalente de tempo integral soma 10,7, perfazendo uma razão de 0,6 médicos ETI por 1.000 habitantes – menor valor da região, entre os municípios visitados. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 20 horas de trabalho – também a menor, entre os municípios do Vale do Ribeira – e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 5,9, o que totaliza a razão de 1,0 médico ETI por 3.000 habitantes. Do total de vínculos apenas 18,2% são considerados protegidos, sendo este o menor valor entre os municípios visitados. Na APS o valor sobe para 25,0%, melhor apenas que o município de Sete Barras. Os vínculos localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública totalizam 90,9%, sendo que 54,5% estão em estabelecimentos da APS (tabela 86).

Sete Barras é o município que apresenta a menor quantidade de vínculos e profissionais médicos (16 vínculos e 13 médicos), totalizando 1,2 vínculos por indivíduo. Destes profissionais, 9 estão na Atenção Primária e possuem 1 vínculo cada. Com uma carga horária média dos vínculos de 23 horas semanais o número de médicos equivalente de tempo integral soma 9,2, perfazendo uma razão de 0,7 médicos ETI por 1.000 habitantes. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 24 horas de trabalho e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 5,3 – menor valor entre os municípios visitados no Vale do Ribeira – o que totaliza a razão de 1,2 médicos ETI por 3.000 habitantes. Do total de vínculos de Sete Barras apenas 18,8% são considerados protegidos, maior apenas que o município de Itariri. Na APS o valor sobe para 22,2%, menor valor entre os municípios visitados. Todos os vínculos estão localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública, sendo que 56,3% estão em estabelecimentos da APS (tabela 86).

Tabela 110 – Indicadores de ocupação de médicos em estabelecimentos de saúde – Municípios visitados da região de saúde do Vale do Ribeira, junho de 2016.

Município	Indicadores	Médicos em estabelecimento de saúde	Médicos na Atenção Primária
Registro	Número de vínculos	234	42
	Número de médicos	147	35
	Razão de vínculo por médico	1,6	1,2
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	107,6	27,0
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	1,9	1,4
	Carga horária média	18	26
	% de trabalho protegido***	37,2	83,3
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	30,3	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	17,9	
Pariquera-Açu	Número de vínculos	218	10
	Número de médicos	188	10
	Razão de vínculo por médico	1,2	1,0
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	126,4	8,5
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	6,5	1,3
	Carga horária média	23	34
	% de trabalho protegido***	43,1	70,0
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	97,7	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	4,6	
Itariri	Número de vínculos	22	12
	Número de médicos	20	12
	Razão de vínculo por médico	1,1	1,0
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	10,7	5,9
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	0,6	1,0
	Carga horária média	19	20,0
	% de trabalho protegido***	18,2	25,0
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	90,9	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	54,5	
Sete Barras	Número de vínculos	16	9
	Número de médicos	13	9
	Razão de vínculo por médico	1,2	1,0
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	9,2	5,3
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	0,7	1,2
	Carga horária média	23	24
	% de trabalho protegido***	18,8	22,2
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	100,0	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	56,3	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

* ETI: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas de trabalho na especialidade o corresponde a um médico.

** Para o total de médicos utilizou-se a razão por 1.000 habitantes e para médicos na APS 3.000 habitantes.

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

**** Proporção de vínculos em estabelecimentos do tipo Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde e Unidade Mista.

Itapeva

Itapeva apresenta, entre os municípios visitados na região, a maior quantidade de vínculos (548 vínculos), de profissionais médicos (193 profissionais) e maior razão de vínculos por indivíduo (2,8 vínculos/médico). Também detém maior quantitativo na APS, tanto de vínculos (50 vínculos), quanto de profissionais (42 profissionais), que totaliza a razão de 1,2 médicos por indivíduo. Com uma carga horária média dos vínculos de 11 horas semanais, o número de médicos equivalente de tempo integral soma 149,4, o maior entre os municípios visitados, perfazendo uma razão de 1,6 médicos ETI por 1.000 habitantes. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 21 horas de trabalho e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 25,9, também maior entre esses municípios, o que totaliza a razão de 0,8 médicos ETI por 3.000 habitantes. Do total de vínculos, 18,2% são protegidos, enquanto na Atenção Primária o valor sobe para 82,0%. Itapeva detém a menor porcentagem de vínculos localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública de toda região de saúde, totalizando 36,9%. A proporção vinculada a estabelecimentos da APS cai para 9,1% (tabela 87).

O município de Bom Sucesso de Itararé conta com apenas um profissional, que possui dois vínculos de trabalho. Com carga horária média total de 23 horas e na APS de 40 horas, o número de médicos equivalente de tempo integral, portanto, é de 1,1 para o total de vínculos e de 1,0 para a APS. A razão, por sua vez, é de 0,3 médicos ETI por 1.000 habitantes e de 0,8 médicos ETI por 3.000 habitantes na APS – menores valores, entre os municípios visitados na região de Itapeva. Bom Sucesso de Itararé possui a totalidade dos vínculos protegidos. Os vínculos estão localizados exclusivamente em estabelecimentos com natureza jurídica pública, sendo metade em estabelecimentos da APS – maior proporção entre os municípios visitados na região (tabela 87).

O município de Ribeirão Branco apresenta um total de 29 vínculos de médicos para 13 profissionais e, portanto, possui razão de 2,2 vínculos por médico. Destes profissionais, 10 estão na Atenção Primária e possuem, juntos, 13 vínculos, totalizando 1,3 vínculos por indivíduo. Com uma carga horária média dos vínculos de 14 horas semanais o número de médicos equivalente de tempo integral soma 10,4, perfazendo uma razão de 0,6 médicos ETI por 1.000 habitantes. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 22 horas de trabalho e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 7,1, o que tota-

liza a razão de 1,2 médicos ETI por 3.000 habitantes – maior valor entre os municípios visitados dessa região. Do total de vínculos 51,7% são considerados protegidos, sendo que na APS o valor cai para 46,2%, peculiaridade do município de Ribeirão Branco. A totalidade dos vínculos desse município está localizada em estabelecimentos com natureza jurídica pública, sendo que 44,8% estão em estabelecimentos da APS (tabela 87).

Itaberá é um município que possui 43 vínculos de médicos para e 23 profissionais, totalizando 1,9 vínculos por indivíduo. Destes profissionais, 16 estão na Atenção Primária e possuem, juntos, 14 vínculos, o que resulta em uma razão de 1,1 vínculos por médico. Com uma carga horária média dos vínculos de 10 horas semanais o número de médicos – menor valor entre os municípios visitados da região de Itapeva – equivalente de tempo integral soma 10,5, perfazendo uma razão de 0,6 médicos ETI por 1.000 habitantes. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 17 horas de trabalho – também a menor entre esses municípios – e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 6,6, o que totaliza a razão de 1,1 médicos ETI por 3.000 habitantes. Do total de vínculos de Itaberá apenas 11,6% são considerados protegidos, menor entre os municípios visitados. Na APS o valor sobe para 31,3%, mas permanece sendo o menor valor entre esses municípios. Do total de vínculos, 93,0% estão localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública, sendo que 37,2% estão em estabelecimentos da APS (tabela 87).

Tabela 111 – Indicadores de ocupação de médicos em estabelecimentos de saúde – Municípios visitados da região de saúde de Itapeva, junho de 2016.

Município	Indicadores	Médicos em estabelecimento de saúde	Médicos na Atenção Primária
Itapeva	Número de vínculos	548	50
	Número de médicos	193	42
	Razão de vínculo por médico	2,8	1,2
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	149,4	25,9
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	1,6	0,8
	Carga horária média	11	21
	% de trabalho protegido***	18,2	82,0
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	36,9	
Bom Sucesso de Itararé	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	9,1	
	Número de vínculos	2	1
	Número de médicos	1	1
	Razão de vínculo por médico	2,0	1,0
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	1,1	1
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	0,3	0,8
	Carga horária média	23	40
	% de trabalho protegido***	100,0	100,0
Ribeirão Branco	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	100,0	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	50,0	
	Número de vínculos	29	13
	Número de médicos	13	10
	Razão de vínculo por médico	2,2	1,3
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	10,4	7,1
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	0,6	1,2
	Carga horária média	14	22
Itaberá	% de trabalho protegido***	51,7	46,2
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	100,0	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	44,8	
	Número de vínculos	43	16
	Número de médicos	23	14
	Razão de vínculo por médico	1,9	1,1
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	10,5	6,6
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	0,6	1,1
Itaberá	Carga horária média	10	17
	% de trabalho protegido***	11,6	31,3
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	93,0	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	37,2	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

* ETI: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas de trabalho na especialidade o corresponde a um médico.

** Para o total de médicos utilizou-se a razão por 1.000 habitantes e para médicos na APS 3.000 habitantes.

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

**** Proporção de vínculos em estabelecimentos do tipo Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde e Unidade Mista.

Vale do Jurumirim

O município de Avaré apresenta a maior quantidade de vínculos e profissionais médicos, entre os municípios visitados da região (442 vínculos e 186 profissionais), totalizando uma razão de 2,4 vínculos por indivíduo. Destes profissionais 48 estão na Atenção Primária e possuem, juntos, um total de 54 vínculos, que resulta em 1,1 vínculos por indivíduo. Com uma carga horária média dos vínculos de 12 horas semanais, o número de médicos equivalente de tempo integral soma 135,4 – maior valor entre os municípios visitados do Vale do Jurumirim – perfazendo uma razão de 1,5 médicos ETI por 1.000 habitantes. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 23 horas de trabalho e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 31,2 – também maior valor entre esses municípios – o que totaliza a razão de 1,1 médicos ETI por 3.000 habitantes. Do total de vínculos, 21,5% são protegidos, enquanto na Atenção Primária o valor sobe para 72,2%. Avaré possui 31,2% dos vínculos localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública de toda região de saúde. A proporção vinculada a estabelecimentos da APS soma 12,2% (tabela 88).

Piraju é um município que apresenta 142 vínculos e 59 profissionais, totalizando uma razão de 2,4 vínculos por indivíduo. Destes profissionais, 9 estão na Atenção Primária e possuem 1 vínculo cada – menor razão vínculo por indivíduo entre os municípios visitados no Vale do Jurumirim. Com uma carga horária média dos vínculos de 8 horas semanais – a menor entre esses municípios – o número de médicos equivalente de tempo integral soma 27,8, perfazendo uma razão de 0,9 médicos ETI por 1.000 habitantes. Já na atenção primária em saúde, contrapondo os dados para o total de vínculos, a carga horária média é de 40 horas de trabalho – a maior, entre os municípios do Vale do Jurumirim – e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 9,0, o que totaliza a menor razão médicos ETI por 3.000 habitantes (0,9). O município detém a menor proporção de vínculos protegidos de toda região, totalizando apenas 16,9% dos vínculos totais. Em contrapartida, na APS, a totalidade dos vínculos é considerada protegida. (tabela 88).

O município de Tejupá apresenta a menor quantidade tanto de vínculo quanto de profissionais médicos, entre os municípios visitados da região (7 vínculos e 3 profissionais), totalizando uma razão de 2,3 vínculos por indivíduo. Todos os profissionais e vínculos estão na APS e, portanto, em estabelecimentos com natureza jurídica pública. Com uma carga horária média dos vínculos de 14 horas semanais o número de médicos equivalente de tempo integral soma 2,5, perfazendo uma razão de 0,5 médicos ETI por 1.000 habitantes – menor valor da região,

entre os municípios visitados – e 1,6 médicos ETI por 3.000 habitantes. Do total de vínculos 42,9% são considerados protegidos (tabela 88).

Águas de Santa Bárbara possui 10 vínculos e 9 profissionais, totalizando a menor razão de vínculos por indivíduo da região do Vale do Jurumirim (1,1). Todos os profissionais e vínculos estão na APS e, portanto, em estabelecimentos com natureza jurídica pública. Com uma carga horária média dos vínculos de 22 horas semanais o número de médicos equivalente de tempo integral soma 5,4, perfazendo uma razão de 0,9 médicos ETI por 1.000 habitantes e 2,7 médicos ETI por 3.000 habitantes. Do total de vínculos 30,0% são considerados protegidos, sendo este o menor valor para a Atenção Primária (tabela 88).

Tabela 112 – Indicadores de ocupação de médicos em estabelecimentos de saúde – Municípios visitados da região de saúde do Vale do Jurumirim, junho de 2016.

Município	Indicadores	Médicos em estabelecimento de saúde	Médicos na Atenção Primária
Avaré	Número de vínculos	442	54
	Número de médicos	186	48
	Razão de vínculo por médico	2,4	1,1
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	135,4	31,2
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	1,5	1,1
	Carga horária média	12	23
	% de trabalho protegido***	21,5	72,2
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	31,2	
Piraju	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	12,2	
	Número de vínculos	142	9
	Número de médicos	59	9
	Razão de vínculo por médico	2,4	1,0
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	27,8	9,0
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	0,9	0,9
	Carga horária média	8	40
	% de trabalho protegido***	16,9	100,0
Tejupá	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	17,6	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	6,3	
	Número de vínculos	7	7
	Número de médicos	3	3
	Razão de vínculo por médico	2,3	2,3
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	2,5	2,5
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	0,5	1,6
	Carga horária média	14	14
Águas de Santa Bárbara	% de trabalho protegido***	42,9	42,9
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	100,0	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	100,0	
	Número de vínculos	10	10
	Número de médicos	9	9
	Razão de vínculo por médico	1,1	1,1
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	5,4	5,4
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	0,9	2,7
Águas de Santa Bárbara	Carga horária média	22	22
	% de trabalho protegido***	30,0	30
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	100,0	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	100,0	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

* ETI: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas de trabalho na especialidade o corresponde a um médico.

** Para o total de médicos utilizou-se a razão por 1.000 habitantes e para médicos na APS 3.000 habitantes.

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

**** Proporção de vínculos em estabelecimentos do tipo Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde e Unidade Mista.

Região Metropolitana de Campinas

O município de Campinas apresenta 13.627 vínculos de médicos, sendo 6.871 profissionais, e a maior razão de vínculos por indivíduo da região, 2,0 vínculos por médico. Apesar do município deter também o maior quantitativo na APS, tanto de vínculos (689 vínculos), quanto de profissionais (629 profissionais), é onde observa-se a menor razão de médicos por indivíduo (1,1). Com uma carga horária média dos vínculos de 17 horas semanais, o número de médicos equivalente de tempo integral soma 5.757, perfazendo uma razão de 4,9 médicos ETI por 1.000 habitantes – valor este os maior entre os municípios visitados. Já na atenção primária em saúde, os vínculos possuem carga horária média de 26 horas semanais de trabalho e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 444, o que totaliza a menor razão de médicos ETI por 3.000 habitantes (0,8) entre os municípios da região. Do total de vínculos, 24,8% são protegidos, enquanto na Atenção Primária o valor sobe para 82,9%. A proporção de vínculos localizados em estabelecimentos públicos no município é de 27,0%, caindo para 5,1% a proporção vinculada a estabelecimentos da APS, a menor dentre esses municípios (tabela 89).

Entre os municípios visitados na região metropolitana de Campinas, Engenheiro Coelho é o que possui o menor quantitativo de vínculos (68) e profissionais médicos (50), totalizando 1,4 vínculos de trabalho por indivíduo. Apesar de deter também o menor quantitativo na APS, tanto de vínculos (21), quanto de profissionais (9), detém a maior razão de médicos da APS por indivíduo (2,3) desses municípios. Com menor carga horária média (12 horas) para o total de vínculos e o menor número de médicos equivalente de tempo integral (21), a razão de médicos ETI por 1.000 habitantes é de 1,1. Para os vínculos da APS a carga horária média é de 10 horas e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 6 – valores também menores entre os municípios da região. A razão, por sua vez, é de 0,9 médicos ETI por 3.000 habitantes. Engenheiro Coelho possui a maior proporção de vínculos protegidos da região (52,9%), mas a menor, quando analisado somente a APS (57,1%). Os vínculos estão localizados majoritariamente em estabelecimentos com natureza jurídica pública (83,8%), sendo 30,9% em estabelecimentos da APS – maior proporção entre os municípios visitados na região (tabela 89).

O município de Indaiatuba apresenta um total de 1.559 vínculos de médicos para 819 profissionais e, portanto, possui razão de 1,9 vínculos por médico. Destes profissionais, 80 estão na Atenção Primária e possuem, juntos, 96 vínculos, totalizando 1,2 vínculos por indivi-

duo. Com uma carga horária média dos vínculos de 13 horas semanais o número de médicos equivalente de tempo integral soma 512, perfazendo uma razão de 2,2 médicos ETI por 1.000 habitantes. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 21 horas de trabalho e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 50, o que totaliza a razão de 0,6 médicos ETI por 3.000 habitantes – menor valor entre os municípios visitados dessa região. Do total de vínculos 19,8%, são considerados protegidos – também a menor proporção entre esses municípios – sendo que na APS, em contrapartida, o valor sobe para 85,4%, maior valor no comparativo com os outros municípios visitados da região Metropolitana de Campinas. Do total dos vínculos de Indaiatuba 22,1% está localizado em estabelecimentos com natureza jurídica pública, sendo este o menor valor entre esses municípios. Na APS este valor cai para 6,2%, maior apenas que o município de Campinas (tabela 89).

Santa Bárbara d'Oeste é um município que possui 639 vínculos de médicos para 409 profissionais, totalizando 1,6 vínculos por indivíduo. Destes profissionais, 66 estão na Atenção Primária e possuem, juntos, 99 vínculos, o que resulta em uma razão de 1,5 vínculos por médico. Com uma carga horária média dos vínculos de 13 horas semanais o número de médicos equivalente de tempo integral soma 210, perfazendo uma razão de 1,1 médicos ETI por 1.000 habitantes – menor valor entre os municípios visitados da região Metropolitana de Campinas. Já na atenção primária em saúde os vínculos possuem carga horária média de 22 horas de trabalho e o número de médicos equivalente de tempo integral soma 54, o que totaliza a razão de 0,8 médicos ETI por 3.000 habitantes. Do total de vínculos de Santa Bárbara d'Oeste 29,1% são considerados protegidos, subindo para 75,8% na APS. Do total de vínculos 36,0% estão localizados em estabelecimentos com natureza jurídica pública, sendo que 15,5% estão em estabelecimentos da APS (tabela 89).

Tabela 113 – Indicadores de ocupação de médicos em estabelecimentos de saúde – Municípios visitados da região de saúde Metropolitana de Campinas, junho de 2016.

Município	Indicadores	Médicos em estabelecimento de saúde	Médicos na Atenção Primária
Campinas	Número de vínculos	13.627	689
	Número de médicos	6.871	629
	Razão de vínculo por médico	2,0	1,1
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	5.757	444
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	4,9	1,1
	Carga horária média	17	26
	% de trabalho protegido***	24,8	82,9
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	27,0	
Engenheiro Coelho	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	5,1	
	Número de vínculos	68	21
	Número de médicos	50	9
	Razão de vínculo por médico	1,4	2,3
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	21	6
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	1,1	0,9
	Carga horária média	12	10
	% de trabalho protegido***	52,9	57,1
Indaiatuba	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	83,8	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	30,9	
	Número de vínculos	1.559	96
	Número de médicos	819	80
	Razão de vínculo por médico	1,9	1,2
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	512	50
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	2,2	0,6
	Carga horária média	13	21
Santa Bárbara d'Oeste	% de trabalho protegido***	19,8	85,4
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	22,1	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	6,2	
	Número de vínculos	639	99
	Número de médicos	409	66
	Razão de vínculo por médico	1,6	1,5
	Número de médicos equivalente de tempo integral (ETI)*	210	54
	Razão de médicos, em ETI, por habitante**	1,1	0,8
Santa Bárbara d'Oeste	Carga horária média	13	22
	% de trabalho protegido***	29,1	75,8
	% de vínculos em estabelecimentos com natureza jurídica pública	36,0	
	% de vínculos em estabelecimentos de Atenção Primária****	15,5	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES/MS.

* ETI: Equivalente de tempo integral = cada 40 horas de trabalho na especialidade o corresponde a um médico.

** Para o total de médicos utilizou-se a razão por 1.000 habitantes e para médicos na APS 3.000 habitantes.

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

**** Proporção de vínculos em estabelecimentos do tipo Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde e Unidade Mista..

APÊNDICE H – Conjunto de alternativas, output do experimento piloto e teste de dimensionamento da amostra do DCE

CONJUNTO DE ALTERNATIVAS DO EXPERIMENTO ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS)

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	Autônomo		Área rural		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
01	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
02	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
03	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1
04	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	3
05	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	1
06	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	Autônomo		Cid peq		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
07	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	2
08	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3
09	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	1
10	0	0	0	1	0	1	0	2	1	1	3
11	0	0	0	1	0	0	1	3	0	0	1
12	0	0	0	1	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	Autônomo		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
13	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
14	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3
15	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	1
16	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	3
17	0	0	0	0	1	0	1	3	0	0	1
18	0	0	0	0	1	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	Auto		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
19	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	2
20	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	3
21	0	0	0	1	1	1	0	2	0	0	1
22	0	0	0	1	1	1	0	2	1	1	3
23	0	0	0	1	1	0	1	3	0	0	1
24	0	0	0	1	1	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	20 horas		Áreaural		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
25	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2
26	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3
27	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	1
28	0	1	0	0	0	1	0	2	1	1	3
29	0	1	0	0	0	0	1	3	0	0	1
30	0	1	0	0	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	20 horas		Cid peq		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
31	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	2
32	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	3
33	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	1
34	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	3
35	0	1	0	1	0	0	1	3	0	0	1
36	0	1	0	1	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	20 horas		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
37	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	2
38	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	3
39	0	1	0	0	1	1	0	2	0	0	1
40	0	1	0	0	1	1	0	2	1	1	3
41	0	1	0	0	1	0	1	3	0	0	1
42	0	1	0	0	1	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	20 horas		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
43	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	2
44	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	3
45	0	1	0	1	1	1	0	2	0	0	1
46	0	1	0	1	1	1	0	2	1	1	3
47	0	1	0	1	1	0	1	3	0	0	1
48	0	1	0	1	1	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	40 horas		Árearural		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
49	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2
50	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3
51	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	1
52	0	0	1	0	0	1	0	2	1	1	3
53	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	1
54	0	0	1	0	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	40 horas		Cid peq		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
55	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	2
56	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	3
57	0	0	1	1	0	1	0	2	0	0	1
58	0	0	1	1	0	1	0	2	1	1	3
59	0	0	1	1	0	0	1	3	0	0	1
60	0	0	1	1	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	40 horas		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
61	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	2
62	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	3
63	0	0	1	0	1	1	0	2	0	0	1
64	0	0	1	0	1	1	0	2	1	1	3
65	0	0	1	0	1	0	1	3	0	0	1
66	0	0	1	0	1	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	APS	40 horas		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
67	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	2
68	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	3
69	0	0	1	1	1	1	0	2	0	0	1
70	0	0	1	1	1	1	0	2	1	1	3
71	0	0	1	1	1	0	1	3	0	0	1
72	0	0	1	1	1	0	1	3	1	0	2

CONJUNTO DE ALTERNATIVAS DO EXPERIMENTO – ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE SAÚDE (AES)

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	Autônomo		Área rural		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
73	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
74	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
75	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1
76	1	0	0	0	0	1	0	2	1	1	3
77	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	1
78	1	0	0	0	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	Autônomo		Cid peq		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
79	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	2
80	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	3
81	1	0	0	1	0	1	0	2	0	0	1
82	1	0	0	1	0	1	0	2	1	1	3
83	1	0	0	1	0	0	1	3	0	0	1
84	1	0	0	1	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	Autônomo		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
85	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
86	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	3
87	1	0	0	0	1	1	0	2	0	0	1
88	1	0	0	0	1	1	0	2	1	1	3
89	1	0	0	0	1	0	1	3	0	0	1
90	1	0	0	0	1	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	Auto		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
91	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	2
92	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	3
93	1	0	0	1	1	1	0	2	0	0	1
94	1	0	0	1	1	1	0	2	1	1	3
95	1	0	0	1	1	0	1	3	0	0	1
96	1	0	0	1	1	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	20 horas		Áreaural		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
97	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2
98	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3
99	1	1	0	0	0	1	0	2	0	0	1
100	1	1	0	0	0	1	0	2	1	1	3
101	1	1	0	0	0	0	1	3	0	0	1
102	1	1	0	0	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	20 horas		Cid peq		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
103	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	2
104	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	3
105	1	1	0	1	0	1	0	2	0	0	1
106	1	1	0	1	0	1	0	2	1	1	3
107	1	1	0	1	0	0	1	3	0	0	1
108	1	1	0	1	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	20 horas		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
109	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	2
110	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	3
111	1	1	0	0	1	1	0	2	0	0	1
112	1	1	0	0	1	1	0	2	1	1	3
113	1	1	0	0	1	0	1	3	0	0	1
114	1	1	0	0	1	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	20 horas		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
115	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	2
116	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	3
117	1	1	0	1	1	1	0	2	0	0	1
118	1	1	0	1	1	1	0	2	1	1	3
119	1	1	0	1	1	0	1	3	0	0	1
120	1	1	0	1	1	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	40 horas		Área rural		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
121	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2
122	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3
123	1	0	1	0	0	1	0	2	0	0	1
124	1	0	1	0	0	1	0	2	1	1	3
125	1	0	1	0	0	0	1	3	0	0	1
126	1	0	1	0	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	40 horas		Cid peq		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
127	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	2
128	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	3
129	1	0	1	1	0	1	0	2	0	0	1
130	1	0	1	1	0	1	0	2	1	1	3
131	1	0	1	1	0	0	1	3	0	0	1
132	1	0	1	1	0	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	40 horas		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
133	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	2
134	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	3
135	1	0	1	0	1	1	0	2	0	0	1
136	1	0	1	0	1	1	0	2	1	1	3
137	1	0	1	0	1	0	1	3	0	0	1
138	1	0	1	0	1	0	1	3	1	0	2

Alter-nativas	ESP	RT 3		LOCAL 4		A - INFRA			B - RECUR		
	AES	40 horas		Cid méd		β_{11}	β_{12}	β_1	β_{21}	β_{22}	β_2
139	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	2
140	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	3
141	1	0	1	1	1	1	0	2	0	0	1
142	1	0	1	1	1	1	0	2	1	1	3
143	1	0	1	1	1	0	1	3	0	0	1
144	1	0	1	1	1	0	1	3	1	0	2

ANÁLISE 1 – Foi realizada com os dados da amostragem com o rank explodido até o nível 3.

*** LOGIT MULTINOMIAL COM PPROBABILIDADE CONDICIONAL ***

*** Método de Newton-Raphson - Ponto Máximo com (4) Iterações ***

Eficiência = 0,8392 *** QMR = 0,1182

Atributo	Coeficiente	Erro	Teste t	IC.(t=2,5%)
espec	-0,0320	0,0977	-0,3277	[-0,227 ; 0,163]
regime_1	0,2177	0,1205	1,8064	[-0,023 ; 0,459]
regime_2	0,1267	0,1231	1,0293	[-0,119 ; 0,373]
local_1	0,0720	0,0977	0,7368	[-0,123 ; 0,267]
local_2	-0,0640	0,0977	-0,6550	[-0,259 ; 0,131]
infra_1	0,4209	0,0667	6,3121	[0,288 ; 0,554]
infra_2	0,7155	0,0678	10,5564	[0,580 ; 0,851]
recursos_1	1,1092	0,0735	15,0889	[0,962 ; 1,256]
recursos_2	1,2859	0,0743	17,3150	[1,137 ; 1,434]

Obs.: A eficiência já está incluída na Variância.

Transformação: DADOS NÃO TRANSFORMADOS

Número de Entrevistas = 500

Número de Casos = 2500

F(Betas_0) = -3289,6256

F(Betas_1) = -3056,7533

LR (-2[F(0)-F(B)])= 465,7446

Rho = 0,0708

Rho (Ajt) = 0,0681

ANÁLISE 2 – Com os resultados da análise 1, foi realizado o teste de dados discrepantes, sendo identificados 29 dados discrepantes e, excluídos esses dados passou-se a análise 2, com rank explodido nível 5, com melhoria de Performance = 1,2 %.

*** LOGIT MULTINOMIAL COM PPROBABILIDADE CONDICIONAL ***

*** Método de Newton-Raphson - Ponto Máximo com (4) Iterações ***

Eficiência = 0,8392 *** QMR = 0,1255

Atributo	Coeficiente	Erro	Teste t	IC.(t=2,5%)
espec	-0,0722	0,1007	-0,7174	[-0,274 ; 0,129]
regime_1	0,1094	0,1240	0,8826	[-0,139 ; 0,357]
regime_2	0,0847	0,1247	0,6790	[-0,165 ; 0,334]
local_1	0,0212	0,1006	0,2109	[-0,180 ; 0,222]
local_2	-0,1318	0,1008	-1,3076	[-0,333 ; 0,070]
infra_1	0,4041	0,0693	5,8349	[0,266 ; 0,543]
infra_2	0,7295	0,0704	10,3576	[0,589 ; 0,870]
recursos_1	1,1758	0,0768	15,3030	[1,022 ; 1,329]
recursos_2	1,4797	0,0779	19,0034	[1,324 ; 1,635]

Obs.: A eficiência já está incluída na Variância.

Transformação: DADOS NÃO TRANSFORMADOS

Número de Entrevistas = 471

Número de Casos = 2355

F(Betas_0) = -3098,8273

F(Betas_1) = -2828,7932

LR (-2[F(0)-F(B)])= 540,0683

Rho = 0,0871

Rho (Ajt) = 0,0842

Teste de dimensionamento da amostra

DADOS OBSERVADOS

Amostragem:	121,0	171,0	221,0	271,0	321,0	371,0	421,0	471,0
Erro - Calc. :	0,1220	0,0757	0,0822	0,0572	0,0542	0,0222	0,0297	0,0363
Erro - Esti. :	0,1255	0,0863	0,0653	0,0524	0,0436	0,0373	0,0325	0,0288

AJUSTE PELA FUNÇÃO POLINOMIAL *** X = 0,05 (Erro amostral 5%)

Dimensionamento (n) = 282,8

IC [280,2 ; 285,4]

Coef. Corr. = 1,00

Coef. Explicação = 0,99

Estimativa dos coeficientes considerando os dados amostrados

Total da amostra (n=510).

*** LOGIT MULTINOMIAL COM PPROBABILIDADE CONDICIONAL ***

*** Método de Newton-Raphson - Ponto Máximo com (4) Iterações ***

*** QMR = 0,1628

Atributo	Coeficiente	Erro	Teste t	IC.(t=2,5%)
espec	-0,4796	0,0995	-4,8213	[-0,679 ; -0,281]
regime_1	1,0879	0,1302	8,3569	[0,828 ; 1,348]
regime_2	0,3765	0,1462	2,5748	[0,084 ; 0,669]
local_1	0,3161	0,0979	3,2296	[-0,512 ; -0,120]
local_2	0,5381	0,1002	5,3705	[-0,739 ; -0,338]
infra_1	1,1847	0,0752	15,7457	[1,034 ; 1,335]
infra_2	1,8762	0,0817	22,9538	[1,713 ; 2,040]
recursos_1	1,4885	0,0783	19,0110	[1,332 ; 1,645]
recursos_2	2,5378	0,0904	28,0668	[2,357 ; 2,719]

Número de Entrevistas = 510

Número de Casos = 2550

LR (-2[F(0)-F(B)])= 1189,6027

Rho = 0,1773

Rho (Ajt) = 0,1746

Os resultados das 510 respostas que constituem a amostra do experimento explodido em 2550 casos, demonstram que o modelo tem uma variabilidade relativamente baixa, QMR = 0,1628, o que reflete no cálculo do erro amostral em cada atributo e resultou que todos os atributos são estatisticamente significativos: todos, no teste t apresentam-se significativos, ou seja maior que 2. O pseudocoefficiente de correlação está dentro da normalidade apresentado o parâmetro Rho (Ajt) = 0,1746, que tem variação entre zero e 40.

Respondentes que escolheram Atenção Primária em Saúde (n=315).

*** LOGIT MULTINOMIAL COM PPROBABILIDADE CONDICIONAL ***

*** Método de Newton-Raphson - Ponto Máximo com (4) Iterações ***

*** QMR = 0,2284

Atributo	Coeficiente	Erro	Teste t	IC.(t=2,5%)
regime_1	0,8405	0,1645	5,1079	[0,511 ; 1,170]
regime_2	0,5200	0,1737	2,9942	[0,173 ; 0,867]
local_1	0,2102	0,1237	1,6991	[-0,458 ; 0,037]
local_2	0,1717	0,1235	1,3910	[-0,419 ; 0,075]
infra_1	0,9942	0,0926	10,7365	[0,809 ; 1,179]
infra_2	1,5621	0,1006	15,5340	[1,361 ; 1,763]
recursos_1	1,3098	0,0964	13,5846	[1,117 ; 1,503]
recursos_2	2,2692	0,1107	20,4949	[2,048 ; 2,491]

Número de Entrevistas = 315 Número de Casos = 1575

LR (-2[F(0)-F(B)])= 599,4595

Rho = 0,1446 Rho (Ajt) = 0,1408

Os resultados das 315 respostas dos que optaram pela Atenção Primária em Saúde constituem a amostra do experimento explodido em 1575 casos, demonstram que o modelo tem uma variabilidade relativamente baixa, QMR = 0,2284, o que reflete no cálculo do erro amostral em cada atributo e resultou que na maioria dos atributos estatisticamente significativos no teste t. O pseudocoefficiente de correlação está dentro da normalidade apresentado o parâmetro Rho (Ajt) = 0,1408, que tem variação entre zero e 40.

Respondentes que escolheram Atenção Especializada em Saúde (n=195)

*** LOGIT MULTINOMIAL COM PPROBABILIDADE CONDICIONAL ***

*** Método de Newton-Raphson - Ponto Máximo com (5) Iterações ***

*** QMR = 0,4864

Atributo	Coeficiente	Erro	Teste t	IC.(t=2,5%)
regime_1	1,4564	0,2177	6,6892	[1,021 ; 1,892]
regime_2	0,0000	0,2773	0,0000	[-0,555 ; 0,555]
local_1	0,4917	0,1611	3,0524	[-0,814 ; -0,170]
local_2	1,2331	0,1870	6,5935	[-1,607 ; -0,859]
infra_1	1,5566	0,1319	11,8034	[1,293 ; 1,820]
infra_2	2,4522	0,1431	17,1361	[2,166 ; 2,738]
recursos_1	1,8531	0,1369	13,5374	[1,579 ; 2,127]
recursos_2	3,0459	0,1585	19,2197	[2,729 ; 3,363]

Número de Entrevistas = 195 Número de Casos = 975

LR (-2[F(0)-F(B)])= 623,7645

Rho = 0,2431

Rho (Ajt) = 0,2369

Os resultados das 195 respostas dos que optaram pela Atenção Especializada de Saúde constituem a amostra do experimento explodido em 975 casos, demonstram que o modelo tem uma variabilidade relativamente baixa, QMR = 0,4864, o que reflete no cálculo do erro amostral em cada atributo e resultou que na maioria dos atributos estatisticamente significativos no teste t. O pseudocoefficiente de correlação está dentro da normalidade apresentado o parâmetro Rho (Ajt) = 0,2369, que tem variação entre zero e 40.

APENDICE I – Modelagem Institucional

APENDICE 11: FORMATOS JURÍDICO-INSTITUCIONAIS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – PRINCIPAIS ASPECTOS.

NATUREZA JURÍDICA	ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA	AUTARQUIA	FUNDAÇÃO ESTATAL (PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO)	CONSÓRCIO PÚBLICO		EMPRESA ESTATAL	
				ASSOCIAÇÃO PÚBLICA	DE DIREITO PRIVADO	EMPRESA PÚBLICA	SOCIEDADE DE DE ECONOMIA MISTA
BASE CONSTITUCIONAL E LEGAL	CF, arts. 74 e 87 Decreto-lei 200/67	CF art. 37, inciso XIX Decreto-lei 200/67	CF art. 37, inciso XIX Decreto-lei 200/67	CF art. 241 Lei nº 11.107, de 2005 Decreto nº 6.017, de 2007		CF art. 37, inciso XIX	CF art. 37, inciso XIX
PERSONALIDADE JURÍDICA	Sem personalidade jurídica própria	Tem personalidade jurídica própria	Tem personalidade jurídica própria	Tem personalidade jurídica própria		Tem personalidade jurídica própria	Tem personalidade jurídica própria
FINALIDADE	Auxílio ao Chefe de Estado no exercício do Poder Executivo (CF, art. 84)	Exercício de competências públicas descentralizadas de natureza executiva	Exercício de competências públicas descentralizadas de natureza executiva	Exercício de competências públicas descentralizadas de natureza executiva		Exercício de competências públicas descentralizadas de natureza executiva	Exercício de competências públicas descentralizadas de natureza executiva
COMPETÊNCIAS	Exercem, privativamente, a orientação, coordenação e supervisão dos órgãos e entidades da administração federal na área de sua competência. Têm competências normativas e executivas que exigem ou não o uso de poderes de autoridade, privativos de estado (CF, art. 88)	Pode exercer funções que exigem o uso de poderes de autoridade, privativos de estado, tais como fiscalização.	<u>Não podem</u> exercer funções que exigem o uso de poderes de autoridade, privativos de estado	Podem exercer funções que exigem o uso de poderes de autoridade, privativos de estado, tais como fiscalização.	<u>Não podem</u> exercer funções que exigem o uso de poderes de autoridade, privativos de estado	<u>Não podem</u> exercer funções que exigem o uso de poderes de autoridade, privativos de estado	<u>Não podem</u> exercer funções que exigem o uso de poderes de autoridade, privativos de estado
ÁREA DE ATUAÇÃO	Social e econômica	Social e econômica	Social	Social e econômica	Social	Econômica Em casos específicos, pode atuar na área social (empresa social)	Econômica

NATUREZA JURÍDICA	ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA	AUTARQUIA	FUNDAÇÃO ESTATAL (PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO)	CONSÓRCIO PÚBLICO		EMPRESA ESTATAL	
				ASSOCIAÇÃO PÚBLICA	DE DIREITO PRIVADO	EMPRESA PÚBLICA	SOCIEDADE DE DE ECONOMIA MISTA
INSTITUIDORES	Poder Legislativo do ente federativo, por proposição do Chefe do Poder Executivo.	Poder Legislativo, por proposição do Chefe do Poder Executivo.	Poder Executivo, por autorização legislativa específica	Poder Legislativo dos entes desejosos de se consorciarem	Poderes Executivos dos entes desejosos de se consorciarem, mediante autorização específica dos seus respectivos Poderes Legislativos	Poder Executivo, por autorização legislativa específica Pode ser instituída por dois ou mais entes federativos, em conjunto	Poder Executivo, por autorização legislativa específica Pode ser instituída por dois ou mais entes federativos, em conjunto
Nº DE ENTES FEDERATIVOS INSTITUIDORES	Um	Um	Um ou mais	Dois ou mais		Um ou mais	Um ou mais
FORMA DE CRIAÇÃO	Por lei específica	Por lei específica	Por decreto ou inscrição no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, mediante autorização específica	Pela ratificação legal do Protocolo de Intenções	Por decreto ou inscrição no Registro Civil de Pessoas Jurídicas, mediante autorização expressa no Protocolo de Intenções ratificado por lei	Por decreto ou inscrição na Junta Comercial, mediante autorização específica	Por decreto ou inscrição na Junta Comercial,, mediante autorização específica
INCIDÊNCIA DO DIREITO PÚBLICO	Regidos integralmente pelo Direito Público	Regida integralmente pelo Direito Público	Regida pelo Direito Público com regras de Direito Privado em sua organização e funcionamento	Regida integralmente pelo Direito Público	Regida pelo Direito Público com regras de Direito Privado em sua organização e funcionamento	Regida pelo Direito Público com regras de Direito Privado em sua organização e funcionamento	Regida pelo Direito Público com regras de Direito Privado em sua organização e funcionamento
PATRIMÔNIO	100% público	100% público	100% público	100% público		100% público	+ de 50% público (ações)
GOVERNANÇA	Integralmente pública	Integralmente pública	Integralmente pública	Integralmente pública		Integralmente pública	Majoritariamente pública
MODELO DE GOVERNANÇA	Singular	Singular	Colegiada	Colegiada (Assembleia Geral) Pode ser dirigido por um Secretário Executivo ou por um colegiado		Colegiada	Colegiada (Participação dos acionistas)
REPRESENTAÇÃO SOCIAL	Ausente	Ausente	Pode prever (pode ter estrutura	Ausente (pode ter estrutura consultiva com fun-		Pode prever (pode ter estrutura	

NATUREZA JURÍDICA	ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA	AUTARQUIA	FUNDAÇÃO ESTATAL (PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO)	CONSÓRCIO PÚBLICO		EMPRESA ESTATAL	
				ASSOCIAÇÃO PÚBLICA	DE DIREITO PRIVADO	EMPRESA PÚBLICA	SOCIEDADE DE DE ECONOMIA MISTA
			consultiva com funções de controle social)	ções de controle social)		consultiva com funções de controle social)	
NOMEAÇÃO DOS DIRIGENTES	Chefe do Poder Executivo	Chefe do Poder Executivo	Chefe do Poder Executivo	Chefes dos Poderes Executivos dos Entes Federativos consorciados nomeiam os representantes na Assembleia Geral O Secretário ou o colegiado do consórcio (quando houver) é nomeado pela Assembleia Geral ou na forma do seu regulamento		Chefe do Poder Executivo	Chefe do Poder Executivo, na qualidade de acionista majoritário
FONTES DE FINANCIAMENTO	Recursos inscritos no Orçamento Público	Recursos inscritos no Orçamento Público	Recursos inscritos no Orçamento Público ou recursos próprios	Contrato de rateio ou recursos próprios	Contrato de rateio ou recursos próprios	Recursos inscritos no Orçamento Público	Recursos inscritos no Orçamento Público
AUTONOMIA FINANCEIRA	Financeira, se for uma unidade de gasto (UG)	Financeira	Financeira	Financeira	Financeira	Financeira	Financeira
AUTONOMIA ORÇAMENTÁRIA	Não tem	Não tem Orçamento	Não tem, se dependente dos recursos do orçamento público	Não tem sobre os recursos do contrato de rateio		Não tem, se dependente dos recursos do orçamento público	
			Tem autonomia orçamentária, se mantida com recursos próprios (ainda que oriundos do orçamento público, pagos na modalidade 90)	Tem, se mantida com recursos próprios (ainda que oriundos do orçamento público, pagos na modalidade 90)		Tem autonomia orçamentária, se mantida com recursos próprios (ainda que oriundos do orçamento público, pagos na modalidade 90)	
	Orçamento aprovado na LOA	Orçamento aprovado na LOA	Orçamento aprovado pelo Chefe do Poder Executivo	Recursos do contrato de rateio previsto nas LOAS dos entes consorciados Orçamento relativo à aplicação da receita própria aprovado pela Assembleia Geral		Orçamento aprovado pelo Chefe do Poder Executivo (Programa de Dispendios Globais)	
REGIME DE PESSOAL	Estatutário	Estatutário	Celetista	Celetista		Celetista	
CONCURSO PÚBLICO	Obrigatório	Obrigatório	Obrigatório	Obrigatório		Obrigatório	
OBSERVÂNCIA	Sim	Sim	Não, se não dependen-	Sim, apenas em relação ao pessoal pago		Não, se não dependente dos recursos do	

NATUREZA JURÍDICA	ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA	AUTARQUIA	FUNDAÇÃO ESTATAL (PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO)	CONSÓRCIO PÚBLICO		EMPRESA ESTATAL	
				ASSOCIAÇÃO PÚBLICA	DE DIREITO PRIVADO	EMPRESA PÚBLICA	SOCIEDADE DE DE ECONOMIA MISTA
DO LIMITE DE GASTOS COM PESSOAL			te dos recursos do orçamento público	com recursos de rateio		orçamento público	
OBSERVÂNCIA DO TETO REMUNERATÓRIO	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	
AUTONOMIA PATRIMONIAL	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
SISTEMAS ADMINISTRATIVOS	Utiliza os sistemas administrativos da Administração Direta	Utiliza os sistemas administrativos da Administração Direta	Próprios	Próprios		Próprios	
REGULAMENTO DE COMPRAS	Lei 8.666/1993	Lei 8.666/1993	Lei 8.666/1993	Lei 8.666/1993		Lei 8.666/1993	Pode observar legislação própria, quando suas atividades forem voltadas para o mercado
ASSESSORIA JURÍDICA	Consultoria/Procuradoria Geral do Poder Executivo	Consultoria/Procuradoria Geral do Poder Executivo	Própria	Própria		Própria	
SUPERVISÃO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA	Supervisão hierárquica	Supervisão por vinculação	Supervisão por vinculação	Supervisão por vinculação Exercida pela Assembleia Geral		Supervisão por vinculação	
SUJEIÇÃO AO CONTROLE INTERNO E EXTERNO	Sim	Sim	Sim	Sim		Sim	
Regime Jurídico (Controle legal/normativo)	Direito Público	Direito Público	Direito Público + Direito Privado	Direito Público (c/ regras próprias)	Direito Público + Direito Privado	Direito Público + Direito Privado	

Observação: a fundação pública de direito público, também denominada fundação autárquica, tem formato jurídico-administrativo similar ao da autarquia. A diferença entre elas é a de que a fundação autárquica tem, normalmente, estrutura de governança colegiada e atua apenas na área social.

APENDICE 12: ATRIBUTOS DOS MODELOS DE PARCERIA ENTRE O PODER PÚBLICO E ENTIDADES CIVIS SEM FINS LUCRATIVOS.

NATUREZA JURÍDICA	SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO	ORGANIZAÇÃO SOCIAL	OSCIP	FILANTRÓPICAS (BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL)	OUTRAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
BASE LEGAL	Lei específica que autoriza o Poder Público a estabelecer a parceria com o SSA ou cria-lo	Lei nº 9.637, de 1998, na esfera federal. Estados e municípios tem leis próprias de OSs, com especificidades em relação à federal	Lei nº 9.790, de 1999, na esfera federal. Estados e municípios tem leis próprias de OSCIPs com especificidades em relação à federal	CF art.t. 95, §7º Lei nº 12.101, de 2009	Código civil
PERSONALIDADE JURÍDICA	Entidade civil sem fins lucrativos (associação ou fundação civil)	Entidade civil sem fins lucrativos (associação ou fundação civil)	Entidade civil sem fins lucrativos (associação ou fundação civil)	Entidade civil sem fins lucrativos (associação ou fundação civil)	Entidade civil sem fins lucrativos (associação ou fundação civil)
ÁREA DE ATUAÇÃO	Social	Social	Social	Social	Social
FINALIDADE E COMPETÊNCIAS	Atuação na área social, segundo seus próprios estatutos	Atuação na área social, segundo seus próprios estatutos	Atuação na área social, segundo seus próprios estatutos	Atuação na área social, segundo seus próprios estatutos	Atuação na área social, segundo seus próprios estatutos
INSTITUIDORES	Pessoas físicas ou jurídicas civis ou Poder Público	Pessoas físicas ou jurídicas civis	Pessoas físicas ou jurídicas civis	Pessoas físicas ou jurídicas civis	Pessoas físicas ou jurídicas civis
FORMA DE CRIAÇÃO	Inscrição dos atos constitutivos no Registro civil de Pessoas Jurídicas, na forma estabelecida em lei específica	Inscrição dos atos constitutivos no Registro civil de Pessoas Jurídicas	Inscrição dos atos constitutivos no Registro civil de Pessoas Jurídicas	Inscrição dos atos constitutivos no Registro civil de Pessoas Jurídicas	Inscrição dos atos constitutivos no Registro civil de Pessoas Jurídicas
PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO PELO PODER PÚBLICO	A qualificação de uma entidade civil como SSA deve ser autorizada por lei. Há casos em que a lei autoriza o Poder Público a instituir o SSA	Pelo Poder Executivo, na forma estabelecida em lei geral, aprovada pelo Ente Federativo	Pelo Poder Executivo, na forma estabelecida em lei geral, aprovada pelo Ente Federativo	Pelo Poder Executivo Federal, nos termos da Lei nº 12.101, de 2009	Não têm qualificação específica
OBJETIVOS DA QUALIFICAÇÃO	Apoiar o Poder Público na execução de atividades e prestação de serviços sociais. Receber fomento público para a realização de suas finalidades estatutárias e alcançar metas de desempenho fixadas	Apoiar o Poder Público na execução de atividades e prestação de serviços sociais. Receber fomento público para a realização de suas finalidades estatutárias e alcançar metas de desempenho fixadas	Apoiar o Poder Público na execução de atividades e prestação de serviços sociais. Receber fomento público para a realização de suas finalidades estatutárias e	Conceder a isenção previdenciária a que se refere a CF art. 195, §7º, na forma do estabelecido na Lei n 12.101, de 2009	Não há qualificação específica

NATUREZA JURÍDICA	SERVIÇO SOCIAL AUTONOMO	ORGANIZAÇÃO SOCIAL	OSCIP	FILANTRÓPICAS (BENEFICENTES DE ASSISTÊN- CIA SOCIAL)	OUTRAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
	pelo Poder Público em contra- to de gestão ou outro instru- mento do gênero.	pelo Poder Público em contra- to de gestão.	alcançar metas de desem- penho fixadas pelo Poder Público em termo de parce- ria.		
NATUREZA DAS RELAÇÕES COM O PODER PÚBLICO	Parceria e fomento público. A qualificação e a celebração de ajuste não descentralizam competências públicas O SSA exerce atividades e presta serviços de interesse público, sujeitos às regras estabelecidas no ajuste.	Parceria e fomento público. A qualificação e a celebração de ajuste não descentralizam competências públicas	Parceria e fomento público. A qualificação e a celebra- ção de ajuste não descen- tralizam competências pú- blicas	Parceria e fomento público. A qualificação e a celebra- ção de ajuste não descen- tralizam competências pú- blicas	Parceria e fomento público
NATUREZA DA PARCERIA	Própria para a realização de atividades e prestação de serviços de natureza continu- ada. Parceria não tem prazo de vigência	Própria para a realização de atividades e prestação de serviços de natureza continu- ada. Parceria não tem prazo de vigência	Própria para a realização de atividades e prestação de serviços de duração defini- da. Parceria com prazo de vigência definido.	Própria para a realização de atividades e prestação de serviços de duração defini- da. Parceria com prazo de vigência definido.	Própria para a realização de atividades e prestação de serviços de duração definida. Parceria com prazo de vigên- cia definido.
INSTRUMENTO JURÍDICO DA PAR- CERIA	Contrato de gestão ou con- vênio, na forma estabelecida na lei	Contrato de gestão	Termo de parceria	Convênio	Convênio ou Termo de Fo- mento ou de Colaboração (na forma da Lei nº 13.019, de 2014)
INCIDÊNCIA DO DIREITO PÚBLICO	O SSA rege-se pelo Direito Privado. Observará as normas de Direito Público estabeleci- das na lei autorizativa e inclu- ídas como cláusulas contratu- ais no contrato de gestão ou convênio que celebrar com o Poder Público	A OS, na qualidade de entida- de privada, rege-se pelo Direi- to Privado. Observará as nor- mas de Direito Público que forem incluídas como cláusu- las contratuais no contrato de gestão que celebrar com o Poder Público	A OSCIP, na qualidade de entidade privada, rege-se pelo Direito Privado. Obser- vará as normas de Direito Público que forem incluídas como cláusulas contratuais no termo de parceria que celebrar com o Poder Públi- co	A Filantrópica, na qualidade de entidade privada, rege-se pelo Direito Privado. Obser- vará as normas de Direito Público que forem incluídas como cláusulas contratuais no convênio que celebrar com o Poder Público	A entidade privada, rege-se pelo Direito Privado. Obser- vará as normas de Direito Públi- co que forem incluídas como cláusulas contratuais no con- vênio ou outro ajuste do gê- nero que celebrar com o Po- der Público
PATRIMÔNIO	O patrimônio da entidade é privado, podendo haver em seu estatuto social, cláusula de reversão do patrimônio	O patrimônio da entidade é privado, podendo haver em seu estatuto social, cláusula de reversão do patrimônio	O patrimônio da entidade é privado, podendo haver em seu estatuto social, cláusula de reversão do patrimônio	O patrimônio da entidade é privado,	O patrimônio da entidade é privado,

NATUREZA JURÍDICA	SERVIÇO SOCIAL AUTONOMO	ORGANIZAÇÃO SOCIAL	OSCIP	FILANTRÓPICAS (BENEFICENTES DE ASSISTÊN- CIA SOCIAL)	OUTRAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
	para outro SSA ou para o Poder Público em caso de sua extinção.	para outro SSA ou para o Poder Público em caso de sua extinção.	para outro SSA ou para o Poder Público em caso de sua extinção.		
GOVERNANÇA	A governança do SSA é privada, podendo haver a participação do Poder Público, representado em seus órgãos de direção superior, caso prevista em seu estatuto social	A governança da OS é privada, prevista a participação do Poder Público em seus órgãos de direção superior, prevista em seu estatuto social: condição exigida pela Lei Federal nº 9.637, de 1998 para o Executivo Federal qualificar OSs.	A governança da OSCIP é privada, não estando prevista a participação do Poder Público em seus órgãos de direção superior	A governança da entidade filantrópica é privada, sem quaisquer interferências do Poder Público.	A governança da entidade civil sem fins lucrativos é privada, sem quaisquer interferências do Poder Público.
MODELO DE GOVERNANÇA	Colegiado (Conselho Curador ou de Administração)	Colegiado Conselho Curador ou de Administração)	Conselho Curador ou de Administração)	Conselho Curador ou de Administração)	Conselho Curador ou de Administração)
REPRESENTAÇÃO SOCIAL	Se previsto no estatuto social do SSA	Previsto no estatuto social da OS, conforme exigência para qualificação, prevista na Lei de OS	Apenas se previsto no estatuto social da OSCIP	Apenas se previsto no estatuto social da Entidade	Apenas se previsto no estatuto social da Entidade
NOMEAÇÃO DOS DIRIGENTES	Na forma da lei autorizativa	Designados pelo Conselho de Administração, na forma do estatuto social (requisito para qualificação)	Designados pelo Conselho de Administração da OSCIP	Na forma do estatuto social	Na forma do estatuto social
FONTES DE FINANCIAMENTO	Transferências de recursos públicos financeiros por força do contrato de gestão ou outro ajuste celebrado com o Poder público Outras fontes	Transferências de recursos públicos financeiros por força do contrato de gestão celebrado com o Poder público Outras fontes	Transferências de recursos públicos financeiros por força do termo de parceria celebrado com o Poder público Outras fontes	Fontes privadas Transferências de recursos públicos financeiros por força de convênio ou outro ajuste celebrado com o Poder público Recursos públicos oriundos do pagamento a serviços prestados (modalidade 90)	Fontes privadas Transferências de recursos públicos financeiros por força de convênio ou outro ajuste celebrado com o Poder público Recursos públicos oriundos do pagamento a serviços prestados (modalidade 90)
AUTONOMIA ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA	Tem autonomia orçamentária e financeira	Tem autonomia orçamentária e financeira	Tem autonomia orçamentária e financeira	Tem autonomia orçamentária e financeira	Tem autonomia orçamentária e financeira
REGIME DE PESSO-	Privado, regido pela CLT	Privado, regido pela CLT	Privado, regido pela CLT	Privado, regido pela CLT	Privado, regido pela CLT

NATUREZA JURÍDICA	SERVIÇO SOCIAL AUTONOMO	ORGANIZAÇÃO SOCIAL	OSCIP	FILANTRÓPICAS (BENEFICENTES DE ASSISTÊN- CIA SOCIAL)	OUTRAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
AL					
CONCURSO PÚBLICO	Não realiza concurso público. a lei autorizativa pode prever a obrigação contratual do SSA fazer processo seletivo para contratação de seu pessoal	Não realiza concurso público. A Lei 9.637 estabelece a obrigatoriedade do Poder Público prever cláusula contratual que obrigue a OS a aprovar regras de seleção de pessoal para contratação	Não realiza concurso público.	Não realiza concurso público.	Não realiza concurso público.
OBSERVÂNCIA DO LIMITE DE GASTOS COM PESSOAL - LRF	Despesas com pessoal não entram no cálculo dos limites do ente federativo contratante	Despesas com pessoal não entram no cálculo dos limites do ente federativo contratante	Despesas com pessoal não entram no cálculo dos limites do ente federativo contratante	Despesas com pessoal não entram no cálculo dos limites do ente federativo contratante	Despesas com pessoal não entram no cálculo dos limites do ente federativo contratante
TETO REMUNERATÓRIO (CF, ART. 37, INCISO XI)	Não está sujeito à observância do teto remuneratório imposto ao Poder Executivo	Não está sujeito à observância do teto remuneratório	Não está sujeito à observância do teto remuneratório	Não está sujeito à observância do teto remuneratório	Não está sujeito à observância do teto remuneratório
PATRIMÔNIO	Privado, normalmente prevista no estatuto social cláusula de reversão ao Poder Público em caso de extinção, por força da lei autorizativa	Privado prevista no estatuto social cláusula de reversão ao Poder Público em caso de extinção, por exigência para a qualificação prevista na Lei 9.637 ou similar	Privado prevista no estatuto social cláusula de reversão a outra OSCIP em caso de extinção, por exigência para a qualificação prevista na Lei 9.790 ou similar	Privado prevista no estatuto social cláusula de reversão ao Poder Público em caso de extinção, quando exigido pelo Código Civil	Privado prevista no estatuto social cláusula de reversão ao Poder Público em caso de extinção, quando exigido pelo Código Civil
SISTEMAS ADMINISTRATIVOS					
REGULAMENTO DE COMPRAS	Regulamento próprio, regido pelo Direito Privado	Regulamento próprio, regido pelo Direito Privado	Regulamento próprio, regido pelo Direito Privado	Regulamento próprio, regido pelo Direito Privado	Regulamento próprio, regido pelo Direito Privado
ASSESSORIA JURÍDICA	Própria	Própria	Própria	Própria	Própria
SUPERVISÃO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA	Apenas do contrato de gestão ou outro tipo de ajuste celebrado com o Poder Público	Apenas do contrato de gestão ou celebrado com o Poder Público	Apenas do termo de parceria celebrado com o Poder Público	Apenas do convênio ou outro tipo de ajuste celebrado com o Poder Público	Apenas do convênio ou outro tipo de ajuste celebrado com o Poder Público
SUJEIÇÃO AO CONTROLE INTERNO E EXTERNO	Apenas sobre os resultados da aplicação dos recursos públicos a ela transferidos, previs-	Apenas sobre os resultados da aplicação dos recursos públicos a ela transferidos, previs-	Apenas sobre os resultados da aplicação dos recursos públicos a ela transferidos,	Apenas sobre os resultados da aplicação dos recursos públicos a ela transferidos,	Apenas sobre os resultados da aplicação dos recursos públicos a ela transferidos, previs-

NATUREZA JURÍDICA	SERVIÇO SOCIAL AUTONOMO	ORGANIZAÇÃO SOCIAL	OSCIPI	FILANTRÓPICAS (BENEFICENTES DE ASSISTÊN- CIA SOCIAL)	OUTRAS ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
	tos no ajuste celebrado com o Poder Público	tos no ajuste celebrado com o Poder Público	previstos no ajuste celebra- do com o Poder Público	previstos no ajuste celebra- do com o Poder Público	tos no ajuste celebrado com o Poder Público
REGIME JURÍDICO (CONTROLE LE- GAL/NORMATIVO)	Direito privado, com mitiga- ções de Direito Público esta- belecidas como cláusulas contratuais no ajuste celebra- do com o Poder Público	Direito privado, com mitiga- ções de Direito Público esta- belecidas como cláusulas contratuais no ajuste celebra- do com o Poder Público	Direito privado, com mitiga- ções de Direito Público es- tabelecidas como cláusulas contratuais no ajuste cele- brado com o Poder Público	Direito privado, com mitiga- ções de Direito Público es- tabelecidas como cláusulas contratuais no ajuste cele- brado com o Poder Público	Direito privado, com mitiga- ções de Direito Público esta- belecidas como cláusulas contratuais no ajuste celebra- do com o Poder Público
CESSÃO DE PESSO- AL DA ADMINIS- TRAÇÃO PÚBLICA	A lei autorizativa pode prever a cessão de pessoal estatutá- rio ou celetista para o SSA, a título de fomento para alcan- ce das metas estabelecidas no ajustes celebrado com a enti- dade.	A Lei 9.637 e outras correlatas autorizam a cessão de pessoal estatutário ou celetista para o SSA, a título de fomento para alcance das metas estabeleci- das no ajustes celebrado com a entidade.	Não pode haver cessão de pessoal para atuação na OSCIPI.	Não pode haver cessão de pessoal para atuação na entidade.	Não pode haver cessão de pessoal para atuação na enti- dade.
CESSÃO DE BENS PÚBLICOS MÓVEIS E IMÓVEIS	A lei autorizativa pode ceder bens públicos móveis ou imó- veis ao SSA	A Lei 9637 e correlatas autori- zam a cessão de bens públicos móveis ou imóveis à OS< por força do contrato	Não prevista. Apenas se lei específica autorizar.	Não prevista. Apenas se lei específica autorizar.	Não prevista. Apenas se lei específica autorizar.

APENDICE I3: QUADRO COMPARATIVO DE ATRIBUTOS DOS MODELOS DE CONCESSÃO/PERMISSÃO DE SERVIÇO PÚBLICO, PPP E PERMISSÃO/CONCESSÃO DE USO.

NATUREZA JURÍDICA	CONCESSÃO E PERMISSÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS	PARCERIA PÚBLICO PRIVADA		CONTRATO DE PERMISSÃO/CONCESSÃO DE USO
		PPP PATROCINADA	PPP ADMINISTRATIVA	
BASE CONSTITUCIONAL, LEGAL E NORMATIVA	CF Art. 175, Lei nº 8.987, de 1995 Lei nº 9074, de 1995	Lei nº 11.079, de 2004 Decreto nº 8.428, 2015 Aplicação subsidiária da Lei nº 8.987, de 1995 ,	Lei nº 11.079, de 2004 Decreto nº 8.428, 2015 arts. 21, 23, 25 e 27 a 39 da Lei nº 8.987, de 13 de 1995 , e no art. 31 da Lei nº 9.074, de 1995	Lei Nº 9.636, de 1998 Decreto 3.725/2001 LC nº 8, de 25 de outubro de 1977 do Estado do Rio de Janeiro
CONCEITOS	CONCESSÃO: Delegação da prestação de serviços públicos tarifados, feita pelo Poder Público sua prestação, feita pelo poder concedente Pode ser precedida da execução de obra pública, delegada pelo Poder Público: construção, total ou parcial, conservação, reforma, ampliação ou melhoramento de quaisquer obras de interesse público PERMISSÃO: Delegação, a título precário, da prestação de serviços públicos, feita pelo Poder Público à pessoa física ou jurídica que demonstre capacidade para seu desempenho, por sua conta	PARCERIA PÚBLICO PRIVADA (PPP): Contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa		
		CONCESSÃO PATROCINADA: concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995 , quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários , contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado.	CONCESSÃO ADMINISTRATIVA: contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta , ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens.	AUTORIZAÇÃO DE USO: modalidade de outorga de uso de imóvel público a terceiro mediante ato administrativo negocial e precário, para a realização de eventos de curta duração compatíveis com o interesse público, com prazo máximo de 12 meses de utilização. CESSÃO DE USO: cessão, mediante remuneração ou encargo, o uso de imóveis do Estado. Se o cessionário for pessoa jurídica de direito privado de relevante valor social, a cessão de uso poderá durar até 20 (vinte) anos, renováveis por igual período, desde que, previamente autorizada pelo Governador, atenda a inte-

NATUREZA JURÍDICA	CONCESSÃO E PERMISSÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS	PARCERIA PÚBLICO PRIVADA		CONTRATO DE PERMISSÃO/CONCESSÃO DE USO
				resse público devidamente justificado e explicitado no respectivo instrumento. O Estado poderá cancelar a cessão reocupando o imóvel sempre que o cessionário fizer mau uso do mesmo ou alterar a sua finalidade CONCESSÃO: terreno do estado PERMISSÃO DE USO: eventos de curta duração
INVESTIMENTO	O investimento é da empresa concessionária	Investimento do Poder Público e do parceiro privado. Para ser PPP deve haver <u>sempre a contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado</u>		
REQUISITOS ESPECÍFICOS		a) Valor do contrato igual ou superior a R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais); b) Período de prestação do serviço igual ou superior a 5 (cinco) anos; ou c) Objeto único não pode ser o fornecimento de mão-de-obra, o fornecimento e instalação de equipamentos ou a execução de obra pública.		Quando não forem necessários aos serviços públicos, não interessarem a qualquer plano urbanístico ou não se revelarem de vantajosa exploração econômica pelo próprio Estado, os seus imóveis poderão ser, total ou parcialmente, utilizados por terceiros sob as formas de permissão, cessão ou concessão de uso. d) e) A permissão de uso, terá caráter eminentemente precário, não induzindo posse, e poderá ser revogada a qualquer tempo,

NATUREZA JURÍDICA	CONCESSÃO E PERMISSÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS	PARCERIA PÚBLICO PRIVADA		CONTRATO DE PERMISSÃO/CONCESSÃO DE USO
				por decisão do Governador, que será comunicada ao permissionário, para que desocupe o imóvel no prazo assinado, mínimo de 30 (trinta) dias. f) As condições de permissão de uso, além daquelas previstas nesta lei, serão fixadas nos respectivos termos, os quais necessariamente conterão: I - O encargo ou a remuneração, fixada esta em UFERJ ou vinculada à receita decorrente da permissão, ressalvada a hipótese na Segunda parte do caput do art. 35. * Nova redação dada pelo art. 1º da Lei Complementar nº 26/81 II - as causas de extinção; III - cláusula penal g) Art. 37 - Qualquer construção ou benfeitoria realizada em imóveis do Estado, utilizada por permissionários, tornar-se-á, á medida que for realizada de propriedade pública, independentemente

NATUREZA JURÍDICA	CONCESSÃO E PERMISSÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS	PARCERIA PÚBLICO PRIVADA		CONTRATO DE PERMISSÃO/CONCESSÃO DE USO
				de qualquer indenização por parte do Estado..
PRINCÍPOIS E DIRETRIZES	princípios da legalidade, moralidade, publicidade, igualdade, do julgamento por critérios objetivos e da vinculação ao instrumento convocatório	a) eficiência no cumprimento das missões de Estado e no emprego dos recursos da sociedade; b) respeito aos interesses e direitos dos destinatários dos serviços e dos entes privados incumbidos da sua execução; c) indelegabilidade das funções de regulação, jurisdicional, do exercício do poder de polícia e de outras atividades exclusivas do Estado; d) responsabilidade fiscal na celebração e execução das parcerias; e) transparência dos procedimentos e das decisões; f) repartição objetiva de riscos entre as partes; g) sustentabilidade financeira e vantagens socioeconômicas dos projetos de parceria.		sempre mediante remuneração ou imposição de encargos A permissão de uso poderá ser gratuita, a critério do Governador, se o permissionário for pessoa jurídica de direito público interno, entidade componente de sua respectiva administração indireta ou fundação instituída pelo Poder Público. Qualquer construção ou benfeitoria realizada em imóveis do Estado, utilizada por permissionários, tornar-se-á, à medida que for realizada de propriedade pública, independentemente de qualquer indenização por parte do Estado.
ESCOLHA DA EMPRESA	Por licitação O Poder Público deve publicar edital de licitação, que contemple justificativa sobre a conveniência da outorga de concessão ou permissão, caracterizando seu objeto, área e prazo.	Por licitação		
TIPO DE SERVIÇO PÚBLICO QUE PODE SER OBJETO DO	Serviços públicos tarifados envolvendo ou não a realização de obra	Serviços públicos tarifados e serviços de que a <u>Administração Pública seja a usuária direta ou indireta,</u>		

NATUREZA JURÍDICA	CONCESSÃO E PERMISSÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS	PARCERIA PÚBLICO PRIVADA		CONTRATO DE PERMISSÃO/CONCESSÃO DE USO
AJUSTE		ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens.		
ESCOLHA DO CONCESSIONÁRIO	Por licitação, na modalidade de concorrência, à pessoa jurídica ou consórcio de empresas que demonstre capacidade para seu desempenho, por sua conta e risco e por prazo determinado	Por licitação, na modalidade concorrência		
		Condições para a licitação a) Autorização da autoridade competente, fundamentada em estudo técnico que demonstre: (i) a conveniência e a oportunidade da contratação (razões que justifiquem a opção pela forma de ppp); (ii) que as despesas criadas ou aumentadas não afetarão as metas de resultados fiscais, devendo seus efeitos financeiros, nos períodos seguintes, ser compensados pelo aumento permanente de receita ou pela redução permanente de despesa; e (iii) observância dos limites e condições decorrentes da aplicação dos arts. 29, 30 e 32 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, pelas obrigações contraídas pela Administração Pública relativas ao objeto do contrato; b) estimativa do impacto orçamentário-financeiro nos exercícios em que vigorar a ppp; c) declaração do ordenador da despesa de que as obrigações contraídas pela Administração Pública no decor-		

NATUREZA JURÍDICA	CONCESSÃO E PERMISSÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS	PARCERIA PÚBLICO PRIVADA		CONTRATO DE PERMISSÃO/CONCESSÃO DE USO
		rer do contrato são compatíveis com a lei de diretrizes orçamentárias e estão previstas na lei orçamentária anual; d) estimativa do fluxo de recursos públicos suficientes para o cumprimento das obrigações contraídas pela Administração Pública; e) seu objeto estar previsto no plano plurianual em vigor no âmbito onde o contrato será celebrado; f) submissão da minuta de edital e de contrato à consulta pública, g) licença ambiental prévia ou expedição das diretrizes para o licenciamento ambiental do empreendimento, na forma do regulamento, sempre que o objeto do contrato exigir.		
INSTRUMENTO DE AJUSTE	Formalizada por contrato, nos termos da Lei nº 8.987, de 1995	Formalizada por contrato, nos termos da Lei 11079 de 2004		a cessão será efetivada mediante termo, que necessariamente conterá: I - o encargo ou a remuneração, fixada esta em UFERJ ou vinculada à receita decorrente da cessão; II - as causas de extinção; III - cláusula penal. Constituirá causa necessária de extinção o uso do imóvel em fim diverso daquele previsto no termo.
		a prestação, pelo parceiro privado, de garantias de execução suficientes e compatíveis com os ônus e riscos en-		

NATUREZA JURÍDICA	CONCESSÃO E PERMISSÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS	PARCERIA PÚBLICO PRIVADA		CONTRATO DE PERMISSÃO/CONCESSÃO DE USO
		volvidos, observados os limites dos §§ 3º e 5º do art. 56 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e, no que se refere às concessões patrocinadas, o disposto no inciso XV do art. 18 da Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; compartilhamento com a Administração Pública de ganhos econômicos efetivos do parceiro privado decorrentes da redução do risco de crédito dos financiamentos utilizados pelo parceiro privado; realização de vistoria dos bens reversíveis, podendo o parceiro público reter os pagamentos ao parceiro privado, no valor necessário para reparar as irregularidades eventualmente detectadas.		
REMUNERAÇÃO	O investimento deve ser remunerado e amortizado mediante a exploração do serviço ou da obra por prazo determinado	O contrato pode prever: a) o pagamento ao parceiro privado de remuneração variável vinculada ao seu desempenho, conforme metas e padrões de qualidade e disponibilidade definidos b) o aporte de recursos em favor do parceiro privado para a realização de obras e aquisição de bens reversíveis, nos termos dos incisos X e XI do caput do art. 18 da Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, desde que autorizado no edital de licitação		
		O valor do aporte de recursos pode ser excluído da determinação do lucro líquido para fins de apuração do lucro real e da base de cálculo da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL; da base de cálculo da Contribuição para o PIS/Pasep e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS.; e da base de cálculo da Contribuição Previdenciária sobre a Receita Bruta - CPRB devida pelas empresas refe-		

NATUREZA JURÍDICA	CONCESSÃO E PERMISSÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS	PARCERIA PÚBLICO PRIVADA	CONTRATO DE PERMISSÃO/CONCESSÃO DE USO
		ridas nos arts. 7º e 8º da Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011 , a partir de 1º de janeiro de 2015	
		As obrigações pecuniárias contraídas pela Administração Pública em contrato de ppp podem ser garantidas mediante: (a) vinculação de receitas; (b) instituição ou utilização de fundo garantidor ; (c) contratação de seguro-garantia com as companhias seguradoras que não sejam controladas pelo Poder Público; (d) garantia prestada por organismos internacionais ou instituições financeiras que não sejam controladas pelo Poder Público; (e) garantias prestadas por fundo garantidor ou empresa estatal criada para essa finalidade; (f) outros mecanismos admitidos em lei.	
FISCALIZAÇÃO	Pelo Poder Público concedente, com a cooperação dos usuários	Compete aos Ministérios e às Agências Reguladoras, nas suas respectivas áreas de competência, submeter o edital de licitação ao órgão gestor, proceder à licitação, acompanhar e fiscalizar os contratos de parceria público-privada	Sem prejuízo de competência específica do órgão gestor, caberá à Secretaria de Estado interessada a fiscalização dos serviços prestados pelo cessionário e, quando for o caso, a fiscalização dos encargos a ele impostos.

