

CONTRATAÇÃO E QUALIDADE DO EMPREGO
NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL*

Sábado Nicolau Girardi
Cristiana Leite Carvalho

1. Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) constitui uma das intervenções de maior visibilidade e impacto no campo das políticas de saúde implementadas em nosso país a partir da segunda metade da década dos noventa. Iniciado em 1994, quando foram implantadas 328 equipes com a meta de cobrir cuidados básicos de saúde para cerca de 1 milhão de pessoas, o PSF encontra-se presente hoje em mais de 4 mil municípios do país, contando com mais de 16 mil equipes com uma meta de cobertura que ultrapassa os 50 milhões de pessoas (dados de setembro de 2002). As equipes, formadas em geral por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, e dentre 5 a 6 agentes comunitários de saúde, se responsabilizam por uma área que abrange 1000 famílias, equivalendo a cerca de 3,5 mil pessoas. A partir de 2001 profissionais de saúde bucal passaram a fazer parte das equipes básicas do programa. Para o presente ano de 2002 estima-se em mais de 1,3 bilhões de reais o volume das transferências financeiras realizadas para o PSF¹. Estima-se em algo próximo dos 170 mil o número de postos de trabalho envolvidos diretamente na condução do programa, sem contar o pessoal de apoio administrativo.

Propõe-se que o programa seja a porta de entrada para um sistema de saúde unificado, regionalizado e organizado segundo linhas de complexidade hierarquizadas, e que seu funcionamento aconteça em limites geopopulacionalmente predeterminados, sob responsabilidade das unidades do

* Este texto baseou-se na pesquisa “Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil”, demandada pela CGPRH da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde à Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do NESCON-FMUFG, realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2001. Além dos autores, participaram da pesquisa, João Batista Girardi Júnior, Jackson Freire Araújo e Mônica Alvim Mendonça bem como a equipe de estagiários da EPSM-NESCON, aos quais agradecemos.

¹ Este montante inclui as transferências para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Cf. Saúde da Família : uma estratégia para organização do cuidado primário no Brasil, Departamento de Ações Básicas de Saúde da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, 2002.

programa. Da mesma forma, propõe-se que o programa atue como um centro de cuidados sobre famílias dentro de ambientes geosocietários reconhecidos, inclusive no que diz respeito à identificação de riscos aos quais as comunidades se encontram expostas – encorajando, assim, o desenvolvimento de atividades intersetoriais.

Em função dessas características presentes na sua concepção normativa, ditas estruturantes (ou instituintes), o PSF tem sido definido em círculos da gestão governamental do setor não propriamente como mais um programa, mas como uma estratégia para reorientar a entrega de serviços e cuidados primários, com potencial para redirecionar o conjunto do modelo assistencial. Nesse sentido, alguns segmentos da saúde pública consideram que o enfoque Saúde da Família traduz-se numa verdadeira “reforma dentro da reforma” representada pela construção do Sistema Único de Saúde (Viana e Dal Poz, apud Souza, 2002).

Seja pelas expectativas geradas como estratégia de mudança do modelo assistencial, seja pelas suas potencialidades de ampliar o acesso aos serviços básicos de saúde, seja ainda pelos impactos sobre as dimensões e configurações dos mercados educativos e de trabalho das profissões do setor, esta é uma intervenção que merece um esforço sistemático e constante de conhecimento e pesquisa avaliativa.

O presente texto apresenta os principais resultados de um inquérito nacional que teve por objetivo explorar alguns dos impactos do PSF sobre essa última dimensão referente aos mercados de trabalho em saúde. A prioridade estabelecida foi a do conhecimento dos tipos de instituições e modalidades contratuais e empregatícias utilizadas pelas prefeituras e secretarias municipais na implementação e execução do programa. Três indagações fundamentais orientaram a pesquisa, a saber:

- que tipo de agentes institucionais são utilizados pelas secretarias de saúde e prefeituras dos diversos estados e regiões do país para contratação dos profissionais que atuam no PSF?

- quais são as modalidades de contratação de trabalho e serviços dos profissionais praticadas por tais agentes, nas diversas regiões do país?
- quais são as razões, vantagens e problemas atribuídos pelos gestores com relação às formas encontradas para provisão do trabalho para o desenvolvimento do PSF (agentes utilizados e formas contratuais praticadas), e quais seriam, na opinião dos gestores as formas e meios ideais?

Ao mesmo tempo, o estudo levantou informações sobre o número de profissionais envolvidos no programa bem como sobre salários e esquemas de incentivos praticados, além de outras informações gerais sobre o PSF.

A caracterização do PSF segundo os tipos de agentes institucionais públicos e privados utilizados na condução do programa é importante para o desenho de estratégias e instrumentos de gestão e desenvolvimento dos recursos humanos na medida em que a contratação direta pelo poder público de profissionais para a execução do programa, ou, de forma alternativa, a contratação do trabalho dos profissionais via organizações terceiras (públicas ou privadas) implicam na existência de restrições e estruturas de oportunidades distintas. Por outro lado, uma questão fundamental que se coloca é saber sobre a qualidade dos “empregos” gerados pelo PSF no que diz respeito a graus de formalização/não-formalização da relação de trabalho, durabilidade do emprego, salários, graus de discricionariedade da gerência e do trabalho, esquemas de proteção, benefícios e direitos dos trabalhadores, entre outras características. A construção de um processo de cooperação mais efetivo e permanente entre gerência e trabalho depende em larga medida da qualidade das relações de trabalho instituídas pelo programa.

Tomadas em conjunto, as informações propiciadas pelo estudo permitem uma aproximação no que diz respeito às dimensões quantitativas dos mercados de trabalho gerados pelo programa bem como inferir sobre o padrão de relações de emprego e de produção de serviços por ele instituído.

2. Metodologia

O estudo constituiu-se num *survey* realizado por meio de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) aplicado a uma amostra de 759 municípios, de um universo de 3.225 municípios brasileiros que haviam implantado o PSF até outubro de 2001. As entrevistas foram aplicadas aos gestores municipais de saúde e coordenadores do Programa de Saúde da Família. Foi realizado um pré-teste por meio da aplicação de um formulário eletrônico em 40 municípios, representando cerca de 5% da amostra.

Para realização das entrevistas telefônicas, foi construído um questionário contendo perguntas "informativas" e "opinativas", estruturadas em 5 blocos:

- (i) Informações cadastrais, relativas à identificação do município e caracterização do PSF, tais como nome e profissão do respondente, existência de secretaria de saúde no município, existência de coordenação do PSF e identificação do cargo e profissão do coordenador, número de equipes atuando no município, composição das equipes quanto ao tipo e número de profissionais.
- (ii) Informações sobre agentes e instituições contratantes de pessoal para o PSF e as modalidades de contratação (tipo de vínculo) adotadas; para as categorias de médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e dentista.

As categorias discriminadas para agentes contratantes foram as seguintes: Prefeitura, Fundação Pública, Fundação Privada, Entidade Filantrópica, ONG, Cooperativa, Organização Social – OS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, Outros agentes contratantes. Nos casos de ocorrência de mais de 1 (um) agente contratante no mesmo município, a exemplo de contratação direta via prefeitura e contratação de algum profissional por uma outra instituição, todas as informações foram registradas.

Para modalidades de contratação (tipo de vínculo) foram selecionados os seguintes tipos agregados: Temporário, Autônomo, Empregado CLT, Estatutário/Regime Jurídico Único, Outras modalidades de contratação.

Na verdade, esses tipos agregados englobam uma grande variedade de subtipos específicos, tais como

- Trabalhador empregado regido pela CLT (prazo indeterminado),
 - Trabalhador empregado regido pela CLT (prazo determinado),
 - Servidor Público efetivo regido pelo Regime Jurídico Único,
 - Servidor Público não efetivo (cargos comissionados, cargos de confiança, contratação por excepcional interesse público baseado em legislação especial da câmara; todos demissíveis *ad nutum*),
 - Trabalhador Temporário (Lei de 1974, de terceirização),
 - Contratos CLT por tempo determinado (Lei de 1998),
 - Autônomos (pessoas físicas) contratados como prestadores de serviços.
- (iii) Informações sobre remuneração, gratificação e incentivos, jornadas de trabalho, existência de outros vínculos de trabalho. As perguntas sobre remuneração e jornadas de trabalho foram dirigidas para a totalidade das categorias profissionais citadas. As questões sobre esquemas de gratificação e incentivos foram aplicadas apenas aos médicos. As gratificações correspondem a compensações monetárias, enquanto que os incentivos, com exceção da produtividade, correspondem a compensações não monetárias.
- (iv) Informações sobre treinamento e apoio institucional para a educação continuada de profissionais do PSF.
- (v) Informações de caráter "opinativo", sobre aspectos relacionados às razões, vantagens e desvantagens atribuídas às formas de contratação adotadas.

As variáveis do questionário foram estruturadas numa máscara (formulário eletrônico) para realização das entrevistas e processamento dos dados por meio informático. A maioria das questões recebeu a forma de perguntas fechadas. Foram abertas, entretanto, janelas para exceções e para respostas de variáveis de conteúdo, tais como montante de recursos, número de profissionais, etc. As respostas foram processadas no programa de software "Sphinx", específico para o tipo de pesquisa adotada, que permite a tabulação e análise estatística direta dos dados coletados pela ETAC.

Para coleta dos dados foram utilizadas 06 posições de telepesquisa, ocupadas por 12 operadores e um servidor de rede para supervisão operacional da pesquisa. A fase de coleta de dados teve duração de 02 meses, sendo realizada no período de Novembro a Dezembro de 2001.

Sistema de Amostragem

A moldura de amostragem foi construída a partir dos dados do cadastro de municípios com PSF implantado, do Ministério da Saúde, correspondendo a um universo de 3.225 municípios. Para confecção da amostra adotou-se como parâmetros um intervalo de confiança de 90%, e 5% de margem de erro. A amostra foi estratificada por região geográfica e porte dos municípios, chegando-se a 759 municípios, selecionados por sorteio. As perguntas foram dirigidas aos secretários de saúde, ou aos coordenadores do PSF. Após a coleta dos dados, utilizou-se uma razão de 20% para validação dos questionários aplicados, cuja seleção foi também aleatória.

3. RESULTADOS

A amostra pesquisada correspondeu a 759 do universo dos 3.225 municípios com PSF implantados por ocasião de realização da pesquisa. Obteve-se resposta completa às entrevistas telefônicas em 91,7% dos casos, totalizando uma amostra final de 696 municípios respondentes. Não foi observada discrepância significativa entre as taxas de resposta obtidas em relação às regiões ou ao porte dos municípios. As menores taxas de resposta foram obtidas

entre os municípios da região Nordeste (89,2%) enquanto que os melhores índices corresponderam à região Centro Oeste (95,0%). Os municípios menores, de até 10 mil habitantes apresentaram menor taxa de resposta, com 89,4% (Tabelas 1 e 2).

Tabela 01– Municípios e distribuição da amostra pesquisada segundo Região Natural.

Região Natural	Universo*	Amostra**	Pesquisas Completas	Taxas de Resposta
	N	N	N	%
CO	324	80	76	95,0
N	236	60	56	93,3
NE	1.166	268	239	89,2
S	550	130	120	92,3
SE	949	221	205	92,8
Brasil	3.225	759	696	91,7

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

* número de municípios que possuem equipes do PSF

**amostra estratificada por região e porte populacional; IC= 90%, risco de 5%

Tabela 02 – Municípios e distribuição da amostra pesquisada segundo Faixa de População dos municípios

Faixa de população	Universo*	Amostra**	Pesquisas Completas	Taxas de Resposta
	N	N	N	%
Até 10 mil	1.571	357	319	89,4
De 10 A 20 mil	746	178	167	93,8
De 20 a 50 mil	546	132	125	94,7
De 50 a 100 mil	202	51	46	90,2
De 100 a 500 mil	135	34	32	94,1
Mais de 500 mil	25	7	7	100,0
Brasil	3.225	759	696	91,7

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

* número de municípios que possuem equipes do PSF

**amostra estratificada por região e porte populacional; IC= 90%, risco de 5%

A quase totalidade dos municípios com PSF possuem estruturas de Secretarias de Saúde. Identificou-se a existência de Secretaria de Saúde em 98% dos municípios da amostra. Todos os municípios acima de 100 mil habitantes possuem Secretaria de Saúde. Os poucos municípios que não possuem este órgão estão distribuídos nas demais faixas de população, sendo que metade desses encontram-se em cidades com menos de 10 mil habitantes. A existência de secretaria de saúde aparece em 100% dos municípios nas regiões Norte e Nordeste; as regiões Sudeste e Sul apresentam, respectivamente, 5,4% e 3,3%

de municípios sem estrutura específica de secretaria de saúde relativamente ao total da amostra; destes, cerca de 69% estão localizados na região Sudeste.

A existência de um cargo de coordenador e ou responsável pelo PSF é informada em 84% dos municípios, proporção que atinge 100% dos municípios com mais de 500 mil habitantes e cerca de 90% dos municípios com população entre 50 e 500 mil habitantes. Em 16% dos municípios pesquisados não existe um coordenador para o PSF. Esta frequência é menor nos municípios com mais de 50 mil habitantes. Em 67,9% dos municípios que relatam a existência de um cargo específico de coordenador do PSF, o posto é ocupado por enfermeiros; em 9,9% por um médico, e em 22,0% dos municípios o posto é ocupado por outros profissionais. Interessante observar que nem sempre o responsável pela coordenação do programa é um profissional da área da saúde e, em muitos casos, a função é delegada ao pessoal auxiliar de saúde (particularmente na área de enfermagem) ou ao pessoal administrativo.

Em relação à época de implantação do PSF, até o ano de 1997, apenas 19% dos municípios tinham o programa implantado. A maioria das equipes foi implantada entre 1998 e 2001 (81% dos PSF dos municípios amostrados), sendo 44% no biênio 2000-2001.

Dimensões quantitativas do PSF

De acordo com a pesquisa, nos municípios que implantaram o PSF existem 4,5 equipes, em média, por município, atuando no programa em todo o país. O número médio de equipes cresce de 1,5 equipe por município, nas localidades com até 10 mil habitantes, para 19,8 equipes nas cidades com faixa de população de 100 a 500 mil habitantes, e 66 equipes por município, nas cidades com mais de 500 mil habitantes. A região Norte apresenta maiores índices de equipes implantadas por município, 6,4 equipes por município, seguida pelas regiões Nordeste e Centro-Oeste com 4,9 e 4,7 equipes por município, respectivamente. A região Sudeste apresenta o menor índice, de 3,6 equipes por município (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3 – Brasil, Dezembro, 2001
Número médio de equipes do PSF segundo faixa de população

Faixa de população	Número médio de equipes do PSF
	Média de equipes
Ate 10 mil	1,5
de 10 a 20 mil	3,3
de 20 a 50 mil	4,8
de 50 a 100 mil	8,2
de 100 a 500 mil	19,8
Mais de 500 mil	66,0
Brasil	4,5

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Tabela 4 – Brasil, Dezembro, 2001
Número médio de equipes do PSF segundo Região Natural

Região Natural	Número médio de equipes do PSF
	Média de equipes
CO	4,7
N	6,4
NE	4,9
S	4,0
SE	3,6
Brasil	4,5

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

O único profissional presente em todos os 696 municípios pesquisados é o médico; 694 municípios informaram a existência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 692 informaram trabalhar com enfermeiros e auxiliares de enfermagem; 381 municípios possuem dentistas e 336 contam com auxiliares de saúde bucal.

Com relação ao número de profissionais atuando nas equipes, nos 696 municípios que responderam à pesquisa, foi informada a existência de 3.130 médicos; 3.015 enfermeiros; 4.133 trabalhadores auxiliares de enfermagem; 21.858 agentes comunitários de saúde; 827 dentistas e 713 trabalhadores auxiliares da área de saúde bucal. Na maior parte das vezes, a prefeitura contrata diretamente estes profissionais, sendo responsável direta pela contratação dos médicos em 83% dos municípios; pela contratação dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dentistas, respectivamente, em 85%, 86% e 89% dos municípios e pela contratação dos ACS em 74% dos municípios.

A utilização pelas Prefeituras e Secretarias de Saúde de outros agentes, públicos ou privados², para a contratação dos profissionais, tem pequena expressão quantitativa para o conjunto do país, tendo maior importância para os agentes comunitários.

O número médio de postos de trabalho no PSF por município é de 4,5 médicos, índice este que cresce desde 1,5 médicos, nos municípios com menos de 10 mil habitantes até 72 médicos por município, naqueles com mais de 500 mil habitantes. O número médio de enfermeiros por PSF segue, em linhas gerais, a tendência dos médicos (média de 4,3 enfermeiros por município), observando-se, no entanto, uma diferença significativa nos municípios com mais de 500 mil habitantes, que informam deter, em média, 52 enfermeiros por município. O número médio de auxiliares de enfermagem por município varia de cerca de 2 por município, naqueles com menos de 10 mil habitantes, à aproximadamente 92 por município, nas cidades com mais de 500 mil habitantes, obtendo uma razão média de 6 auxiliares de enfermagem por município, no conjunto do país (Tabela 5).

Tabela 5 – Brasil, Dezembro, 2001
Número médio de profissionais do PSF segundo faixa de população

Faixa de População	Número médio de profissionais do PSF					
	Médicos	Enfermeiros	Auxiliares de enfermagem	Agentes Comunitários	Dentistas	Auxiliares de Dentistas
Ate 10 mil	1,5	1,6	2,0	10,3	0,7	0,7
De 10 a 20 mil	3,3	3,2	3,9	23,1	0,9	1,1
De 20 a 50 mil	4,7	4,9	6,2	36,8	1,3	1,6
De 50 a 100 mil	8,0	8,1	10,8	63,5	2,4	2,6
De 100 a 500 mil	19,8	20,6	29,5	140,1	3,1	3,7
Mais de 500 mil	72,1	52,1	92,3	392,0	13,0	12,5
Brasil	4,5	4,4	5,9	31,5	1,2	1,3

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Os agentes comunitários de saúde constituem o segmento da força de trabalho mais numeroso no PSF, variando sua participação de cerca de 10 trabalhadores, nos municípios com menos de 10 mil habitantes, a um índice de 392 agentes por município, nas cidades com mais de 500 mil habitantes. Para o conjunto do país,

² a exemplo de fundações públicas, universidades, entidades filantrópicas, ONGs, Organizações Sociais, associações constituídas como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, associações.

existem cerca de 31 ACS por PSF, o que representa uma relação de 6 ACS por médico. Em contrapartida, os dentistas e o pessoal auxiliar na área de saúde bucal, representam os profissionais que detêm menores contingentes nos programas de saúde da família. Não muito mais que a metade dos municípios pesquisados (55%) afirmaram contar com dentistas nas suas equipes do programa. Em média, existem 1,2 dentistas e 1,3 auxiliares de dentista por município com PSF. Nos municípios menores (com até 20 mil habitantes) a média é menor que 1 dentista por município (Tabela 5).

De uma perspectiva regional, a maior concentração de médicos é encontrada nos PSF dos municípios do Norte (7 médicos por município contra a média nacional de 4,5). São também os PSF dos municípios do Norte que concentram maiores índices de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários por município - 9,3 e 46,2 trabalhadores, respectivamente - contra médias nacionais de 5,9 auxiliares e 31,4 agentes comunitários por município. As enfermeiras detêm índices de concentração ligeiramente maiores nos municípios do Nordeste relativamente às demais regiões do país. Cabe ressaltar que são os municípios do Sul e do Sudeste que apresentam os menores índices médios de participação de dentistas nos PSF (índices menores que 1). Por seu turno, a maior concentração de dentistas por PSF foi encontrada nas regiões Nordeste e Norte.

O PSF e o mercado de trabalho das profissões de saúde.

Projetando-se os dados da pesquisa telefônica, o PSF contava, em dezembro de 2001, com 14,5 mil postos de trabalho para médicos; 14 mil postos para enfermeiras; 19,2 mil postos para auxiliares de enfermagem; cerca de 102 mil postos de trabalho para agentes comunitários de saúde; 3,8 mil postos para dentistas e 4,1 mil postos para auxiliares de saúde bucal, entre outros profissionais³.

³ Os dados reportam a dezembro de 2001. É importante lembrar que a amostra foi estratificada por região geográfica e porte de população dos municípios, com taxa de resposta de 91,7%. Assume-se um IC de 90% a um risco de 5%.

O que estes números representam com relação ao mercado de trabalho destas profissões? Uma forma de responder a essa questão consiste em cotejar os dados da ocupação no PSF com informações sobre a oferta desses profissionais no mercado. Este tipo de informação permitiria, por exemplo, que se tivesse uma idéia sobre o papel que o programa representa para o conjunto dos trabalhadores ocupados ou que buscam ocupar-se especificamente nessas atividades profissionais e qualificações, noutras palavras, sobre a oferta deste tipo de força de trabalho. A ausência de informações censitárias atualizadas sobre a oferta de tais profissionais não permite considerações mais definitivas a este respeito. Contudo, a informação sobre número de profissionais em atividade, fornecida pelos registros administrativos dos Conselhos Profissionais, desde que utilizada com a devida reserva, sinaliza sobre a disponibilidade ou oferta potencial desses profissionais nos mercados⁴. Desta perspectiva, os postos oferecidos pelo PSF representariam em torno de 6% do contingente de médicos ativos; pouco mais de 2% do de dentistas; e cerca de 15% do contingente de enfermeiros. Este tipo de inferência é mais problemático com relação ao pessoal não universitário, devido às maiores falhas sobre seu registro.

Uma outra maneira de aquilatar a importância do PSF nos mercados consiste em comparar os dados dos profissionais ocupados no programa com os dados da demanda dessas categorias no mercado. Novamente, há problemas de disponibilidade das fontes de informação e, quando estas existem, de comparabilidade dos dados. Duas fontes poderiam, entretanto, serem utilizadas desde uma perspectiva aproximativa. Em primeiro lugar, as informações da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária - AMS, do IBGE, que reportam o nível da ocupação em atividades do núcleo dos serviços de saúde (estabelecimentos hospitalares, ambulatoriais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico). Em segundo lugar, as informações da RAIS, do MTE, que reportam o número de vínculos formais de emprego destas categorias. No primeiro caso, pode-se obter

⁴ Existem problemas de atualização dos cadastros com registros de baixas por tipo, novas entradas etc., problemas de duplicação de registros de profissionais entre unidades da federação; sem contar com o fato de que o número de profissionais em atividade não reporta o número efetivo daqueles inseridos ou dispostos a se inserirem em atividades do setor saúde

alguma idéia sobre o peso do PSF no mercado "institucional" de serviços de saúde para estas profissões⁵. No segundo caso, pode-se apreciar o peso do PSF no mercado de empregos formais destas categorias no conjunto da atividade econômica formal⁶. A Tabela 6 resume estas informações.

Tabela 6 - Índices de participação do PSF em relação ao número de profissionais em atividade, de postos de trabalho ocupados em serviços de saúde e de vínculos formais de emprego na economia segundo categoria.

Categoria	Número de Profissionais no PSF*	Total de Profissionais em Atividade (oferta) **	PSF/ Oferta	Postos de Trabalho nos serviços de saúde ***	PSF/ Postos de Trabalho	Vínculos de Emprego ****	PSF/ Emprego formal
Médicos	14.513	262.891	5,5	431.282	3,4	152.119	9,5
Enfermeiros	14.061	92.961	15,0	70.175	19,9	69.774	20,0
Aux./Téc. Enf.	19.253	581.242	3,3	389.370	4,9	498.871	3,9
ACS	101.587	153.000	n.d	-	n.d	n.d	n.d
Dentistas	3.838	168.037	2,3	52.551	7,3	38.533	10,0
Aux. Dentista	4.128	27.941	14,8	21.619	19,1	n.d	n.d

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

* estimativa a partir da pesquisa telefônica (dez 2001)

**fonte: Conselhos Profissionais, dez. 2001; exceto para ACS

***número de postos de trabalho em estabelecimentos com e sem internação e SADT, Pesquisa de Assistência Médico Sanitária, IBGE, 1999

**** fonte: RAIS, MTE, 2000

Desta perspectiva, pode-se dizer que o PSF representa, respectivamente, algo em torno de 3,4% e 7,3% da demanda "institucional" de serviços de saúde para médicos e dentistas; 9,5% e 10,0% do estoque de empregos formais de médicos e dentistas existentes na economia. Em contrapartida, para os enfermeiros, o PSF representa 20% tanto da demanda Institucional da saúde quanto do estoque de empregos formais (Tabela 6).

Entretanto, é importante que se tome em conta que as inferências com relação ao peso do PSF na economia do emprego formal devem ser bastante matizadas em função dos níveis acentuadamente elevados de utilização de formas "precárias" e informais de vinculação de profissionais utilizadas no programa,

(uma série deles podem estar trabalhando em outros setores de atividade ou mesmo não trabalhando); entre outros fatores.

⁵ Utilizamos o termo mercado de serviços institucionais, pois a AMS não cobre as atividades baseadas em consultórios de autônomos - pessoas físicas. Machado (2000:33) estimou que entre os médicos do PSF, 30% mantém atividades de consultório, proporção que sobe para 40% na região Sudeste e é da ordem de 20% entre os médicos do PSF da região sudeste.

⁶ A RAIS reporta o número de vínculos de empregos formais (Celetistas, estatutários, temporários e avulsos) na economia formal.

conforme constatado pela presente pesquisa. No caso dos médicos, por exemplo, os dados revelaram que apenas 16% dos municípios preferem contratá-los via CLT e menos de 13% os vinculam como servidores públicos (efetivos ou não). A situação das demais categorias não difere muito. Por outro lado, é preciso ter em mente que os mercados institucionais de serviços de saúde não representam o conjunto do "mercado" de serviços de saúde, observação mais importante para médicos e dentistas. Conforme vimos, Machado (2000) observou que cerca de 30% dos médicos que atuam no PSF também mantêm atividades de consultório. Seja como for, uma conclusão que se impõe diz respeito à maior importância relativa do PSF com relação aos mercados de trabalho dos enfermeiros.

Agentes institucionais utilizados para contratação no PSF

Os dados da pesquisa revelam que as prefeituras respondem diretamente pela contratação de pessoal na maior parte dos casos, alcançando índices de 83% nos contratos de médicos, 85% nos de enfermeiros e 89% nos de dentistas; e de 74% nos contratos de agentes comunitários de saúde. A utilização de agentes terceiros para contratação de pessoal é um expediente relativamente pouco utilizado, sendo mais expressiva para o caso dos agentes comunitários, onde alcança ¼ dos municípios pesquisados. A utilização de outros agentes públicos (secretarias de estado e fundações públicas, principalmente) é mais freqüente para a contratação de ACS (8%). As instituições não-lucrativas filantrópicas respondem por entre 4 e 5% dos agentes utilizados pelos municípios para contratação de profissionais para o PSF, exceção feita ao caso dos dentistas (2%). Outras entidades do terceiro setor - a exemplo de ONG's, associações comunitárias, sindicais e profissionais, Organizações Sociais, OSCIP's e consórcios intermunicipais - respondem por cerca de 9% das instituições utilizadas para contratação de ACS; 6% das utilizadas para médicos e 5% para enfermeiros e pessoal auxiliar de enfermagem. As cooperativas, por seu turno, somam 3% dos agentes contratantes de médicos e enfermeiros e 3% dos de ACS. Por fim, cabe comentar a pequena freqüência das citações de empresas e sociedades civis (grupos profissionais) como agentes contratantes.

Tabela 7 - Número de agentes contratantes por profissões, segundo natureza agregada dos agentes contratantes de profissionais para o PSF.

Agente Contratante	Médico		Enfermeiro		Técnico / Auxiliar de Enfermagem		Agente Comunitário de Saúde		Dentista	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Prefeituras	591	82,9	602	85,4	618	86,1	525	74,2	343	89,1
Outros públicos	17	2,4	13	1,8	18	2,5	58	8,2	11	2,9
Entidades Filantrópicas	32	4,5	30	4,3	26	3,6	36	5,1	6	1,6
Cooperativas	24	3,4	24	3,4	18	2,5	23	3,2	10	2,6
Outro Terceiro Setor	42	5,9	33	4,7	35	4,9	62	8,8	14	3,6
Empresas	5	0,7	1	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,3
Outros	2	0,3	2	0,3	2	0,3	3	0,4	0	0,0
Total	713	100,0	705	100,0	718	100,0	708	100,0	385	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Contratação direta pelas Prefeituras, por região e porte dos municípios

As tabelas 8 e 9 mostram, respectivamente, os percentuais de participação direta da Prefeitura na contratação dos profissionais do PSF, por região geográfica e porte populacional dos municípios.

Tabela 8 - Percentuais de participação direta da Prefeitura na contratação dos profissionais do PSF por região geográfica segundo categoria.

Profissionais	Centro-Oeste	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Brasil
Médico	96,2	91,2	95,0	62,1	74,2	82,9
Enfermeiro	97,4	93,0	95,4	67,2	78,6	85,4
Téc./Aux. Enfermagem	96,1	93,1	94,7	72,8	78,6	85,4
ACS	88,5	86,0	77,0	53,6	74,6	74,2
Dentista	98,5	87,1	92,1	76,2	85,5	89,1

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Do ponto de vista regional, observam-se, como padrão geral, os menores índices de participação das prefeituras nos municípios da região Sul e, em seguida, nos da região Sudeste. Por outro lado, os maiores índices de participação das prefeituras são encontrados nos municípios da região Centro-Oeste, seguidos pelos da Nordeste e Norte.

Com relação ao porte dos municípios - exceção feita à faixa dos com mais de 500 mil habitantes - não se observam variações de monta quanto à participação das prefeituras na contratação direta dos profissionais.

Tabela 9 – Percentuais de participação direta da Prefeitura na contratação dos profissionais do PSF por porte dos municípios segundo categoria

Profissionais	Até 10 Mil	10 a 20 Mil	20 a 50 Mil	50 a 100 Mil	100 a 500 Mil	Mais de 500 Mil	Brasil
Médico	84,3	89,0	80,6	80,9	82,4	45,5	82,9
Enfermeiro	87,7	86,1	84,0	82,6	81,8	45,5	85,4
Téc./Aux. Enfermagem	89,2	83,4	86,2	83,0	84,8	50,0	86,1
ACS	78,7	74,3	69,3	70,2	61,8	44,4	74,2
Dentista	88,4	90,9	90,6	84,8	93,3	75,0	89,1

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

A presença de Agentes Terceiros

A Tabela 10 apresenta os resultados da distribuição dos agentes institucionais de natureza privada não lucrativa, por categoria, segundo região e tipo de agente. Observa-se que a utilização desses agentes como meio para contratação de pessoal pelas prefeituras das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste é muito reduzida, comparativamente à contratação direta dos profissionais pelas próprias prefeituras. Ainda com relação a estas regiões, é interessante levar em conta que os municípios do Nordeste, mais do que os das outras regiões supracitadas, revelam uma maior presença da figura das cooperativas, que respondem por cerca de 4% das contratações de médicos, enfermeiros e dentistas.

Situação bastante distinta encontra-se nos municípios da região Sudeste e, mais ainda, nos do Sul do país. Nestes municípios, o expediente da contratação de organizações do terceiro setor e cooperativas revela-se importante.

Tabela 10 – Percentuais de participação de agentes institucionais do setor privado não-lucrativo na contratação dos profissionais do PSF por categoria segundo região e natureza jurídica do agente.

Região	Natureza	Distribuição Percentual dos Agentes Contratantes por Categoria				
		Médico	Enfermeiro	Téc./Aux. Enf.	ACS	Dentista
CO	Filantrópica	0	0	0	1,3	0
	Outro Terceiro Setor	1,3	1,3	1,3	1,3	1,5
	Cooperativa	0	0	0	1,3	0
N	Filantrópica	0	0	0	0	0
	Outro Terceiro Setor	0	0	0	3,5	0
	Cooperativa	0	0	0	0	0
NE	Filantrópica	0	0	0	0	0
	Outro Terceiro Setor	0,4	0,4	0	3,8	0,6
	Cooperativa	4,1	3,8	3,3	1,7	4,3
S	Filantrópica	8,9	7,8	5,6	12,8	6,3
	Outro Terceiro Setor	16,9	14,1	12,8	20,8	11,1
	Cooperativa	4,8	7,0	4,0	9,6	3,2
SE	Filantrópica	9,9	9,7	8,8	9,1	3,2
	Outro Terceiro Setor	8,9	6,8	8,4	11,5	8,1
	Cooperativa	3,8	2,9	2,3	2,9	1,6
Brasil	Filantrópica	4,5	4,3	3,6	5,1	1,6
	Outro Terceiro Setor	5,9	4,8	4,9	8,8	3,6
	Cooperativa	3,4	3,4	2,5	3,2	2,6

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Na Região Sul, as organizações do terceiro setor e cooperativas representam perto de 30% dos agentes contratantes de médicos e enfermeiros e mais de 40% dos contratantes de agentes comunitários. Por seu turno, nos municípios da região Sudeste, tais organizações somam em torno de 20% dos agentes contratantes de pessoal para o PSF.

Modalidades de Contratação e Tipos de Vínculos.

As formas de *contratação temporária* de trabalho e o vínculo de *prestação de serviços* predominam amplamente sobre todas as outras formas de contrato nos municípios pesquisados.

Com relação aos médicos, considerando o conjunto das formas utilizadas, os contratos temporários não especificados e por prestação de serviços chegam a 70% das formas de contratação citadas nos municípios pesquisados, contra 16% de vínculos CLT, 10% de vínculos estatutários e 2,5% de vínculos como servidores não efetivos (cargos comissionados, cargos de confiança e regidos

por legislação especial). O quadro dos ACS é um tanto distinto, observando-se, em geral, maior grau de formalização nas contratações. Assim, os contratos temporários não especificados, no caso dos agentes comunitários, são citados em 48% das formas pesquisadas; aparecendo logo em seguida os vínculos celetistas, com cerca de 23% das citações; os vínculos de estatutários, com 14% das citações e os de servidores públicos não efetivos, com 2,7% das citações. A Tabela 11 mostra a distribuição das formas de contratação utilizadas segundo tipo de agente contratante.

Tabela 11 – Distribuição percentual das formas de contratação utilizadas por categoria segundo tipo de agente contratante.

Agente Contratante	Médico	Enferm.	Téc./Aux. Enf.	ACS	Dentista
Prefeitura					
Temporário / Prestação de Serviços	74,8	69,7	50,1	54,9	70,9
CLT	9,4	10,1	12,5	16,2	6,3
Estatutário	11,2	15,9	35,2	14,8	19,3
Servidor Público não efetivo	3,1	2,9	1,5	3,6	1,6
Outros	1,5	1,4	0,7	10,5	1,9
Total	100	100	100	100	100
Filantrópica					
Temporário / Prestação de Serviços	24,3	18,8	17,2	18,9	20
CLT	64,9	68,7	68,9	64,9	80
Outros	10,8	12,5	10,3	16,2	0
Total	100	100	96,4	100	100
Outro Terceiro Setor					
Temporário / Prestação de Serviços	30	22,9	13,9	21	12,5
CLT	65	71,4	77,8	64,5	56,3
Outros	5	5,7	8,3	14,5	31,3
Total	100	100	100	100	100,1

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

As prefeituras, conforme se pode ver, utilizam o expediente da contratação temporária e da contratação de serviços, para todas as categorias de trabalhadores, de forma muito mais acentuada que as entidades filantrópicas e as outras organizações do terceiro setor. Observa-se, de fato, que a adoção de contratos mais "protegidos" - contratos CLT, para o caso dos privados e vínculos de estatutário, servidores não efetivos, e contratos CLT, para o caso das prefeituras - é maior nas entidades do terceiro setor comparativamente às prefeituras.

Contratação via Prefeituras

Analisando-se as formas de contratação direta via prefeituras, por região, observa-se que os contratos temporários e de prestação autônoma de serviços têm maiores índices de prevalência nos municípios das regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, situando-se em níveis acima da média do Brasil para a maior parte das categorias, excetuando-se os caso dos agentes comunitários - para o qual a média do Nordeste é inferior à do país, e o dos dentistas - com média de contratação temporária inferior à média nacional. A região Sul é a que menos utiliza a contratação temporária/ prestação autônoma de serviços, seguida pela região Sudeste (Tabela 12).

A contratação direta de profissionais, em regime celetista, pelas prefeituras é mais utilizada pelos municípios das Regiões Sul - 24% sobre o total das contratações das prefeituras para médicos e 28% para ACS - e Sudeste - 17% do total das contratações de médicos e cerca de 20% do total das contratações de pessoal de enfermagem e ACS. A região Sul e, em menor escala, os municípios do Sudeste, também se destaca pela maior utilização do regime estatutário nas contratações feitas diretamente pelas prefeituras. Destaca-se que, na região Sul, os vínculos estatutários somam aproximadamente 26% do total das contratações de médicos pelas prefeituras, 35% das contratações de enfermeiros, 30% das de agentes comunitários, 45% das de dentistas e 60% do total das contratações de pessoal auxiliar de enfermagem pelas prefeituras.

Tabela 12 – Contratação direta via Prefeituras
Distribuição percentual das formas de contratação por categoria segundo tipo de vínculo e região.

Formas de contratação	Região	Médico N = 635	Enfermeiro N = 646	Téc./Aux. Enf. N = 681	ACS N = 554	Dentista N = 368
Temporário / Prestação de Serviços	CO	86,6	82,1	58,2	73,0	85,3
	N	83,3	74,6	57,4	63,5	66,7
	NE	88,2	83,7	58,5	48,9	80,7
	S	44,9	38,5	22,9	38,0	36,7
	SE	63,4	59,0	46,1	58,1	56,4
CLT	BR	74,8	69,7	50,1	54,9	70,9
	CO	1,2	2,4	2,5	4,1	2,9
	N	3,7	5,1	6,6	11,5	3,3
	NE	3,0	3,4	8,6	13,7	3,6
	S	23,6	19,8	15,6	28,2	18,3
Estatutário	SE	16,9	19,7	22,8	21,0	9,1
	BR	9,4	10,1	12,5	16,2	6,3
	CO	8,5	13,1	35,4	9,5	8,8
	N	11,1	18,6	34,4	9,6	26,7
	NE	4,2	8,4	30,2	10,5	10,2
Servidor Público não efetivo	S	25,8	35,2	60,4	29,6	44,9
	SE	14,5	16,8	29,4	17,4	32,7
	BR	11,2	15,9	35,2	14,8	19,3
	CO	1,2	1,2	3,8	5,4	1,5
	N	1,9	1,7	1,6	1,9	3,3
Outros	NE	2,1	2,1	1,5	4,2	1,8
	S	4,5	5,5	1,0	2,8	0,0
	SE	4,7	4,0	0,6	3,0	1,8
	BR	3,0	2,9	1,5	3,6	1,6
	CO	2,4	1,2	0,0	8,2	1,5
Outros	N	0,0	0,0	0,0	13,5	0,0
	NE	2,5	2,5	1,2	22,6	3,6
	S	1,1	1,1	0,0	1,4	0,0
	SE	0,6	0,6	1,1	0,6	0,0
	BR	1,5	1,5	0,7	10,5	1,9

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Contratação via Filantrópicas

A Tabela 13 mostra a situação das contratações das entidades filantrópicas por região. Conforme se pode ver, a "via" filantrópica para contratação de profissionais para o PSF não é praticada nos municípios da amostra pesquisada das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Analisando-se os dados da Tabela 13 observa-se, em primeiro lugar que a forma CLT prevalece sobre os contratos temporários e os contratos de prestação de autônomos em todas as categorias. Nos municípios do Sudeste, a utilização da forma CLT alcança 67% do total de contratações de médicos e enfermeiros pelas filantrópicas, cerca de 70% das contratações de pessoal auxiliar de

enfermagem e agentes comunitários e 100% das formas de contratações de dentistas. Para os municípios da região Sul os índices de utilização da forma CLT são superiores a 60%, em todos os casos.

Tabela 13 – Contratação via entidades filantrópicas
Distribuição percentual das formas de contratação por categoria segundo tipo de vínculo e região

Formas de Contratação	Região	Médico N = 37	Enfermeiro N = 32	Téc./Aux. Enf. N = 29	ACS N = 37	Dentista N = 5
Temporário / Prestação de Serviços	CO	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
	N	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	NE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	S	30,8	18,2	22,2	23,5	33,3
	SE	20,8	19,0	15,0	10,5	0,0
	BR	24,3	18,8	17,2	18,9	20,0
CLT	CO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	N	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	NE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	S	61,5	72,7	66,7	64,7	66,7
	SE	66,7	66,7	70,0	68,4	100,0
	BR	64,9	68,7	68,9	64,9	80,0
Outros	CO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	N	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	NE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	S	7,7	9,1	11,1	11,8	0,0
	SE	8,4	9,5	10,0	21,1	0,0
	BR	8,1	9,4	10,3	16,2	0,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Contratação via outras organizações do terceiro setor

A Tabela 14 mostra a situação das formas de contratação prevalentes nas demais entidades do terceiro setor, por região. O quadro, sob muitos aspectos, apresenta semelhanças com o observado para as entidades filantrópicas, mostrando, em linhas gerais, uma preferência destas organizações pela utilização da forma celetista nos PSF dos municípios do Sul e Sudeste.

Tabela 14 – Contratação via outras organizações do terceiro setor
Distribuição percentual das formas de contratação por categoria segundo tipo de vínculo e região.

Formas de Contratação	Região	Médico N = 42	Enfermeiro N = 35	Téc./Aux. Enf. N = 36	ACS N = 62	Dentista N = 16
Temporário / Prestação de Serviços	CO	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	N	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	NE	100,0	100,0	0,0	22,2	0,0
	S	38,1	29,4	18,8	26,9	14,3
	SE	15,8	12,5	10,5	16,7	14,3
	BR	30,0	22,9	13,9	21,0	12,5
CLT	CO	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0
	N	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0
	NE	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
	S	57,1	70,6	81,3	69,2	85,7
	SE	68,4	75,0	73,7	70,8	42,9
	BR	65,0	71,4	77,8	64,5	56,3
Outros	CO	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	N	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0
	NE	0,0	0,0	0,0	44,4	100,0
	S	4,8	0,0	0,0	3,8	0,0
	SE	15,8	12,5	15,8	12,5	42,9
	BR	5,0	5,7	8,3	14,5	31,3

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Jornada de Trabalho, Salários, Gratificações e Incentivos

Considerando os dados agregados para o Brasil, observa-se que a quase totalidade dos municípios informou contratar jornadas de 40 horas para os profissionais de saúde, não existindo diferenças significativas entre as regiões. A contratação de jornadas menores de 40 horas semanais é mais freqüente entre os dentistas. Mesmo assim elas atingem menos de 15% dos municípios pesquisados.

Salários

A pesquisa revelou que os maiores salários são reservados aos médicos (aproximadamente R\$ 4 mil, em média). Para enfermeiros e dentistas, os municípios praticam salários médios de aproximadamente R\$ 1,75 mil e, para auxiliares de enfermagem e agentes comunitários são reservados salários médios de R\$ 400 e R\$ 210, respectivamente⁷.

⁷ Os valores medianos são os seguintes: R\$ 4.000,00 para médicos; R\$ 1.700,00 para enfermeiros; R\$ 1.600,00 para dentistas; R\$ 360,00 para pessoal auxiliar de enfermagem e R\$ 183,00 para agentes comunitários de saúde.

A comparação das médias salariais mostra a existência de diferenças estatisticamente muito significativas entre as regiões, quando se comparam as maiores e menores médias praticadas para as diversas categorias profissionais. As diferenças entre as médias salariais intermediárias mostraram-se estatisticamente pouco ou não significativas.

Para médicos e enfermeiros, a diferença entre as maiores médias de salários praticadas no Centro-Oeste e Norte e a menor, na região Sul, é muito significativa (1-p = > 99,99%). Da mesma forma, a diferença entre a maior média salarial de dentistas, praticada na região Norte, e as menores, no Sul e Nordeste, é também estatisticamente muito significativa (1-p = 99,17%). Com relação ao pessoal de enfermagem, a diferença entre as maiores médias informadas no Sul e Sudeste e a menor, no Nordeste, é também muito significativa (1-p = > 99,99%), assim como a diferença entre a maior média salarial de ACS (Sudeste) e as menores médias, no Nordeste e Norte (1-p = > 99,99%).

Quadro 1 - Comparação de médias salariais por região segundo profissão e diferenças estatisticamente significativas.

Categoria	Regiões com Maiores Médias Salariais	Regiões com Menores Médias Salariais
Médico	CO, N	S
Enfermeiro	CO, N	S
Dentista	N	S, NE
Pessoal Aux. Enfermagem	S, SE	NE
ACS	SE	NE, N

FONTE: PESQUISA TELEFÔNICA EPSM/NESCON/UFMG

A diferença entre as maiores e menores médias salariais encontradas nas regiões mostrou-se, para todos os casos, muito significativa (1-p = > 99,99% para médico, enfermeiro, pessoal de enfermagem e ACS, e 1-p = 99,17% para dentistas).

Valores Salariais Mínimos e Máximos

O menor valor salarial encontrado para médicos foi de R\$ 1 mil e o maior de R\$ 9 mil; para enfermeiros, os valores variaram entre R\$ 550 a R\$ 3.5 mil, e para dentistas de R\$ 600 a R\$ 4,5 mil. Para os auxiliares e agentes comunitários, o menor valor encontrado correspondeu a 1 (um) salário mínimo e os valores máximos foram, respectivamente, R\$ 2.4 mil e R\$ 900.

As médias salariais do PSF e as do mercado

A Tabela 15 traz uma comparação entre os salários médios praticados nos municípios do PSF e os salários de contratação de celetistas admitidos em contratos de 31 a 40 horas na economia brasileira entre janeiro e outubro de 2001⁸.

Tabela 15 - Salários médios praticados no conjunto da economia* e no PSF por categoria profissional segundo região.

Região Natural	Salário por Categoria, Segmento do Mercado e Índices**											
	Medico			Dentista			Enfermeiro			Pess Enferm		
	Mercado	PSF	Índice	Mercado	PSF	Índice	Mercado	PSF	Índice	Mercado	PSF	Índice
N	2.391	4.460	187	2.628	2.145	82	1.234	1.883	153	336	416	124
NE	2.070	3.966	192	1.033	1.678	162	927	1.792	193	271	359	132
SE	2.954	4.120	139	2.000	1.813	91	1.489	1.778	119	453	426	94
S	2.867	3.731	130	2.509	1.613	64	1.007	1.363	135	394	437	111
CO	2.559	4.592	179	3.360	1.856	55	1.227	1.999	163	313	411	131
Brasil	2.824	4.980	176	2.134	1.756	82	1.308	1.743	133	413	402	98

*salários de admitidos em regime CLT com carga horária de 31 a 40 horas semanais

**Índice = salário PSF/salário do mercado, considerando salários de mercado como base = 100

Fonte: para os salários de mercado, CAGED – MTE; para o salário do PSF, a pesquisa telefônica.

O PSF paga aos médicos e enfermeiros salários maiores que os do “mercado”, em todas as regiões do país (76% em média a mais para médicos e 33% a mais para enfermeiros). Com relação aos dentistas, observa-se que o PSF remunera menos que o segmento celetista do mercado para todas as regiões, com exceção do Nordeste.

Gratificação e incentivos

⁸ Os salários de admissão de celetistas são informados pelo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) do Ministério do Trabalho e Emprego.

A prática da adoção de esquemas de gratificação monetária revela-se menos freqüente que a da adoção de esquemas de compensação indireta (incentivos) nos municípios pesquisados. Neste caso, as informações obtidas na pesquisa aplicam-se apenas à categoria dos médicos. Em média, apenas 15% dos municípios afirmam adotar esquemas de gratificação de médicos. A proporção de municípios que adotam este tipo de prática aumenta em razão direta do aumento do porte dos municípios, alcançando mais de 1/4 dos municípios com mais de 100 mil habitantes. Na região Norte, 41% dos municípios referem seu uso, contra 9% dos municípios da região Sudeste. Nas demais regiões, a adoção de esquemas de gratificação monetária de médicos é feita entre 13 e 14% dos municípios.

Por sua vez, perto de 40% dos municípios brasileiros pesquisados adotam esquemas de incentivos para os médicos. Na região Nordeste, 59% dos municípios adotam tais esquemas, contra 22% dos municípios da região Sul. Os esquemas mais adotados referem-se à tríade de auxílios transporte, alimentação e residência.

Estratégias utilizadas para fixação de médicos no PSF

A Tabela 16 apresenta uma listagem de estratégias referidas pelos gestores para fixação de médicos no PSF. Cerca de 47% dos gestores afirmam não adotar nenhuma estratégia específica para fixar o médico. Os salários praticados, como fator isolado, foram citados em cerca de 24% dos casos.

Tabela 16 – Distribuição do número e percentual de municípios segundo tipo de estratégia adotada para fixação do médico no PSF

Tipo de Estratégia	Número de Municípios	
	N	%
Nenhum	326	46,8
Salário	164	23,6
Benefícios marginais	44	6,3
Boas condições de trabalho	30	4,3
Incentivo monetário	17	2,4
Outras oportunidades de trabalho	16	2,3
Salário e boas condições de trabalho	15	2,2
Oferecer capacitação	15	2,2
Salário e benefícios marginais	13	1,9
Salário e outras oportunidades de trabalho	10	1,4
Outras	7	1,0
Qualidades do município	4	0,6
Promessa de estabilidade	3	0,4
Liberdade no trabalho	3	0,4
Incentivos monetários/benefícios marginais	3	0,4
Sem informação	26	3,7
Total	696	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Razões, Vantagens e Desvantagens atribuídas às formas de contratação do PSF

Conforme já foi visto, mais de $\frac{3}{4}$ dos municípios referem adotar formas de vínculos distintas do Regime Jurídico Único e do regime CLT, para contratação de trabalho e serviços profissionais para o PSF. A adoção de formas de contratação flexíveis (precárias, dependendo da ocupação e do tipo de contrato, bases salariais etc.) é mais utilizada nas regiões Centro Oeste (88%), Norte (88%) e Nordeste (85%). A proporção da utilização de contratos flexíveis é menor no Sul e no Sudeste, mesmo assim alcançando 63% e 67% dos municípios destas regiões, respectivamente (Tabela 17).

Tabela 17 - Brasil, dezembro de 2001

Número de municípios segundo resposta à questão: "Para o PSF são adotadas formas de contratação diferentes do Regime CLT ou do Regime Jurídico Único (estatutário)?", segundo região natural

Região natural	Número de municípios por Adoção de formas de contratação precárias pelo PSF							
	Sim		Não		Não sabe		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CO	67	88,2	9	11,8	0	0,0	76	100,0
N	49	87,5	7	12,5	0	0,0	56	100,0
NE	204	85,4	32	13,4	3	1,3	239	100,0
S	75	62,5	44	36,7	1	0,8	120	100,0
SE	138	67,3	66	32,2	1	0,5	205	100,0
TOTAL	533	76,6	158	22,7	5	0,7	696	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Para o conjunto do país, a metade dos municípios que pratica formas de contratação flexíveis ou precárias para o PSF também a pratica para contratação de trabalho e serviços profissionais em outros setores da prefeitura, ademais do setor saúde. São os municípios da região Norte que mais referem o uso geral de contratação flexível nas prefeituras (cerca de 80%) enquanto que no Sul apenas 33% dos municípios referem contratos flexíveis em outros programas da prefeitura.

A "flexibilização" é o primeiro motivo citado entre os municípios para a adoção de formas "precárias" de contratação de profissionais (58% das citações). Logo em seguida, as restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal são apontadas por 54% dos entrevistados. Menores custos e problemas de instabilidade no financiamento do PSF são citados por 37% e 35% dos municípios, respectivamente (Tabela 18 e 19).

Tabela 18 - Brasil, dezembro de 2001

Número de municípios por faixa de população, segundo razão atribuída para utilização de formas "precárias" de contratação de profissionais pelo PSF

Razões atribuídas	Número de municípios segundo razão atribuída para utilização de formas "precárias" de contratação de profissionais pelo PSF													
	Até 10 mil		De 10 a 20 mil		De 20 a 50 mil		De 50 a 100 mil		De 100 a 500 mil		Mais de 500 mil		Brasil	
	N = 244		N = 138		N = 94		N = 34		N = 20		N = 03		N = 533	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instabilidade no Financiamento	85	34,8	51	37,0	30	31,9	12	35,3	6	30,0	0	0,0	184	34,5
Flexibilização	149	61,1	76	55,1	59	62,8	13	38,2	9	45,0	2	66,7	308	57,8
Lei Responsab. Fiscal	131	53,7	77	55,8	49	52,1	19	55,9	9	45,0	2	66,7	287	53,8
Menor Custo	99	40,6	45	32,6	35	37,2	9	26,5	6	30,0	2	66,7	196	36,8

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Tabela 19 - Brasil, dezembro de 2001

Número de municípios por região natural, segundo razão atribuída para utilização de formas "precárias" de contratação de profissionais pelo PSF

Razões atribuídas	Número de municípios segundo razão atribuída para utilização de formas "precárias" de contratação de profissionais pelo PSF											
	CO		N		NE		S		SE		Brasil	
	N = 67		N = 49		N = 204		N = 75		N = 138		N = 533	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Instabilidade no Financiamento	19	28,4	13	26,5	74	36,3	31	41,3	47	34,1	184	34,5
Flexibilização	42	62,7	28	57,1	109	53,4	41	54,7	88	63,8	308	57,8
Lei de Responsabilidade Fiscal	38	56,7	25	51,0	112	54,9	38	50,7	74	53,6	287	53,8
Menor Custo	29	43,3	16	32,7	66	32,4	33	44,0	52	37,7	196	36,8

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

As tabelas 20 e 21 referem-se às vantagens e problemas atribuídos pelos gestores para a utilização de formas de contratação flexíveis no PSF. Em 36% dos municípios que contratam fora do Regime Jurídico Único e do regime CLT, os gestores afirmam não perceberem nenhuma vantagem para a contratação flexível e 31% não reconhece nela nenhum problema.

Tabela 20 - Brasil, dezembro de 2001

Número de municípios por faixa de população, segundo **vantagens atribuídas pelo gestores** para utilização de formas de contratação precárias

Vantagens	Municípios	
	n	%
Nenhuma	191	35,8
Flexibilidade	101	18,9
Flexibilidade para admitir e contratar	97	18,2
Flexibilidade gerencial - maior controle sobre normas de produção e qualidade	32	6,0
Diminuição de custos/encargos	20	3,8
Salário	17	3,2
Agilidade/ facilidade/ menor restrição para contratação	14	2,6
Flexibilidade e diminuição de custos/encargos	6	1,1
Lei de responsabilidade fiscal	3	0,6
Ausência de descontos e maior salário líquido	2	0,4
Flexibilidade gerencial - mobilidade interna	1	0,2
Sem informação	49	9,2
Total	533	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

A “flexibilidade”, nas suas diversas formas (numérica, interna, gerencial etc.) é citada como principal vantagem pela metade dos gestores entrevistados. Em contrapartida, a “instabilidade e a desproteção do trabalho” é vista como principal problema por 48% dos gestores.

Tabela 21 - Brasil, dezembro de 2001

Número de municípios por faixa de população, segundo **problemas atribuídos pelo gestores** para utilização de formas de contratação precárias

Problemas	Municípios	
	n	%
Instabilidade/Desproteção do trabalho	254	47,7
Nenhum problema	167	31,3
Rotatividade	23	4,3
Descontinuidade do Serviço (problemas de renovação de contrato, perda de pessoal treinado)	20	3,8
Problemas legais	16	3,0
Desmotivação dos profissionais	5	0,9
Ingerência política	4	0,8
Sem informação	44	8,3
TOTAL	533	100,0

Fonte: Pesquisa Telefônica EPSM/NESCON/UFMG

Conclusão

Por suas dimensões e pelas características peculiares do emprego por ele gerado, o PSF pode ser incluído no rol das políticas governamentais com grande potencial de impacto sobre os mercados de trabalho das principais profissões do setor saúde.

Os aproximadamente 200 mil postos de trabalho gerados direta ou indiretamente pelo programa representam mais de 20% do emprego público de saúde. Para algumas profissões, como a do enfermeiro, o programa representa uma via significativa de acesso aos mercados de trabalho, não somente em termos quantitativos, mas também pelo lugar que a profissão ocupa no programa. Conforme se viu, cerca de 70% dos cargos de coordenação do PSF nos municípios são ocupados por enfermeiros. Para os agentes comunitários de saúde o programa pode ser tido, mais que como via de acesso ao mercado, como a via preferencial de reconhecimento de sua utilidade social.

Uma questão que se coloca, no entanto, diz respeito à qualidade dos postos de trabalho criados pelo programa. Os altos níveis de fragilidade dos vínculos de trabalho do PSF - quase 2/3 dos empregos gerados não se revestem dos graus de formalização e institucionalidade de relações de trabalho típicas do setor público e do mercado de trabalho privado formal – desconsideram não apenas direitos trabalhistas consagrados como ameaçam a própria continuidade da prestação de serviços de qualidade.

Do ponto de vista regional, os contratos temporários e de prestação autônoma de serviços têm maiores índices de prevalência nos municípios das regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste. A contratação direta de profissionais em regime celetista pelas prefeituras é mais referida pelos municípios do Sul e, em menor escala, do Sudeste, onde também se destaca a maior utilização do regime estatutário.

Uma outra conclusão que parece se impor diz respeito à existência de variações regionais com relação à utilização de agentes terceiros para contratação de pessoal para o PSF. Os municípios da região sul e sudeste revelaram utilizar mais intensamente agentes terceiros para contratação de pessoal que os das demais regiões, nos quais prevalece amplamente a contratação direta dos profissionais pelo poder público municipal.

A Prefeitura contrata diretamente os profissionais do PSF na maior parte das vezes, sendo responsável direta pela contratação dos médicos em 83% dos municípios; pela contratação dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dentistas, respectivamente em 85%, 86% e 89% dos municípios, tendo menor participação na contratação direta dos ACS, aparecendo como responsável direta, neste caso, em 74% dos municípios. Os menores índices de participação das prefeituras estão nos municípios da região Sul e, em seguida, no Sudeste.

As prefeituras utilizam outros agentes institucionais para execução das atividades do programa numa proporção que varia de 10% (dentistas) a 26% (ACS). Para a contratação dos ACS, é mais freqüente a presença de outros agentes públicos (secretarias de estado e fundações públicas principalmente), em 8,2% dos casos, enquanto que as entidades do terceiro setor (ONG's, associações comunitárias, sindicais e profissionais, Organizações sociais, OSCIP's e consórcios municipais) respondem por cerca de 9%. Estas últimas são responsáveis pela contratação de médicos em 6% e de enfermeiros e auxiliar de enfermagem em 5% dos casos. As instituições não lucrativas filantrópicas respondem por entre 4 e 5% dos agentes contratantes dos profissionais para o PSF, exceto dos dentistas (1,6% apenas). As cooperativas somam 3,4% dos agentes contratantes de médicos e enfermeiros e 3,2% dos de ACS.

Observou-se nos municípios do Nordeste uma maior presença de cooperativas, que respondem por cerca de 4% das contratações de médicos, enfermeiros e dentistas. Já nos Sudeste e, mais ainda, nos municípios do Sul do país, ademais da presença das cooperativas variando de 3% a 9% das contratações, o

expediente de contratação de organizações do terceiro setor e instituições filantrópicas revela-se mais importante, em torno de 10 a 20%, dependendo da categoria profissional.

Relativamente aos salários, o PSF paga a médicos e enfermeiros salários maiores que os do "mercado" em todas as regiões do país (76% em média a mais para médicos e 33% a mais para enfermeiros). Com relação aos dentistas, observa-se que o programa remunera menos que o segmento celetista do mercado de trabalho, para todas as regiões, com exceção do Nordeste. O menor valor salarial encontrado para médicos foi de 1 mil reais e o maior de 9 mil reais; para os enfermeiros os valores variaram entre 550 reais e 3,5 mil reais; para dentistas, de 600 reais a 4,6 mil reais. Para os auxiliares e agentes comunitários, o menor valor encontrado correspondeu a 1 salário mínimo e os valores máximos foram, respectivamente, de 2,4 mil reais e 900 reais.

A adoção de formas de contratação flexíveis (precárias, dependendo da ocupação e do tipo de contrato, bases salariais, etc.) é mais utilizada nas regiões Centro-Oeste (88,2%), Norte (87,5%) e Nordeste (85,4%). Embora menor no Sul e Sudeste, a proporção de utilização de contratos flexíveis alcança níveis bastante significativos também nestas regiões, respectivamente 62,5% e 67,3%. As razões mais citadas pelos municípios pesquisados, para o uso destas formas "precárias" de contratação, são a flexibilização (57,8%), a Lei de Responsabilidade fiscal (53,8%), os menores custos (36,8%) e problemas de instabilidade no financiamento do PSF (34,5%).

Os gestores, em 36% dos casos, afirmam que não percebem nenhuma vantagem para a contratação flexível e em 31% não reconhecem nenhum problema. No entanto, a "flexibilidade", de maneira geral, é citada como principal vantagem pela metade dos gestores entrevistados. Em contrapartida, a instabilidade e desproteção do trabalho são vistas como principal problema por 48% dos gestores.

Bibliografia

MACHADO, M. H., VIEIRA, A. L. S., *et all.* *O Perfil dos Medicos e Enfermeiros no Programa de Saúde da Família no Brasil e Grandes Regiões.* VOL1, 2000, v.01. p.80

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Registros Administrativos: *Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – Lei n.º 4923/65.* Brasília, 1986 – 2001.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Registros Administrativos: *Relação Anual de Informações Sociais.* Brasília, 1986 – 2001.

SOUZA, H. M. “Reforma da Reforma”. **In:** *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ano II, no. 4, jan de 2002, Ministério da Saúde, pp 2-3.