

# Nota Técnica

**Estimativas de custos dos recursos humanos em  
atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e  
Equipes de Saúde Bucal (ESB)**

**Roberta da Silva Vieira**

**Luciana Mendes Santos Servo**

**Nº 16**

**Brasília, outubro de 2013**

## Versão Preliminar

### Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB)

*Roberta da Silva Vieira<sup>1</sup>*

*Luciana Mendes Santos Servo<sup>2</sup>*

#### 1. Apresentação

O projeto “Necessidade de financiamento da atenção básica”, parte de uma parceria entre o Ipea, o Departamento de Economia da Saúde, Investimento de Desenvolvimento e o Departamento de Atenção Básica, ambos do Ministério da Saúde, tem por objetivo final apresentar uma estimativa do quanto de recursos adicionais faz-se necessário para implantação da atenção básica conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases). Para o alcance do objetivo final, o projeto pode ser dividido em três objetivos intermediários, a saber: (i) levantamento dos gastos tripartites em atenção básica; (ii) estimação dos custos da atenção básica; (iii) estimação da necessidade de financiamento da atenção básica, considerando os custos estimados e as informações de gastos reunidas<sup>3</sup>. Pretende-se que as estimativas sejam representativas da diversidade regional do país. Esta nota apresenta resultados parciais das estimações de custos da atenção básica, com foco no componente de *recursos humanos em saúde*.

Essa nota está dividida em oito seções. A próxima seção aponta a questão da diversidade de modelos e dos principais itens de custo a partir de uma revisão da literatura dos custos em atenção básica. A terceira seção apresenta o modelo de atenção básica previsto pela política. A quarta seção expõe a metodologia utilizada para a apuração dos valores médios de remuneração com base na Relação Anual de Informações Sociais – Rais. Os resultados das estimativas de remuneração dos profissionais da atenção básica são encontrados na quinta seção, que inclui, também, comparação com a pesquisa do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Nescon da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A sexta seção compara os custos estimados de recursos humanos (RH) com o financiamento do MS por equipe. A sétima seção apresenta uma discussão sobre a representatividade da Rais no mercado de trabalho em saúde, comparando-a com outras fontes. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

---

<sup>1</sup> Técnica de planejamento e pesquisa na Coordenação de Estudos e Políticas de Saúde/DISOC/IPEA.

<sup>2</sup> Coordenadora de Estudos e Políticas de Saúde/DISOC/Ipea e técnica de Planejamento e Pesquisa.

<sup>3</sup> Um histórico do projeto e um resumo da PNAB foram apresentados em nota metodológica geral do projeto. Nela eram apresentados os parâmetros gerais considerados na política de atenção básica (Vieira e Servo, 2012).

## **2. Revisão da literatura: estrutura, formas de organização e estimativas de custo da atenção básica**

Em alguns municípios e regiões do país já existiam estruturas e formas de organização da atenção básica anteriores ao estabelecimento do SUS. Ainda que existissem diretrizes anteriores para organização desse nível de atenção, a primeira consolidação de uma Política Nacional de Atenção Básica foi apresentada em 2006 e atualizada em 2011. Dessa forma, vários municípios implantaram a atenção básica, quer a partir de uma perspectiva histórica (anteriores a Constituição Federal de 1988), quer a partir das diretrizes gerais do SUS e de seus normativos posteriores, conformando uma diversidade de modelos.

Em 1994 inicia-se a discussão sobre a estruturação da atenção básica a partir do que atualmente é denominada estratégia de Saúde da Família (eSF). O modelo de Saúde da Família começa a ser induzido por meio de incentivos federais no final dos anos 1990. Hoje está presente em mais de 90% dos municípios, mas com uma cobertura populacional abaixo de 60%. Assim, considerando esse processo histórico e a diversidade regional do país, observam-se diferenças na organização da atenção básica, sendo que muitas dessas formas de organização não se encontram totalmente de acordo com o estabelecido na PNAB 2011.

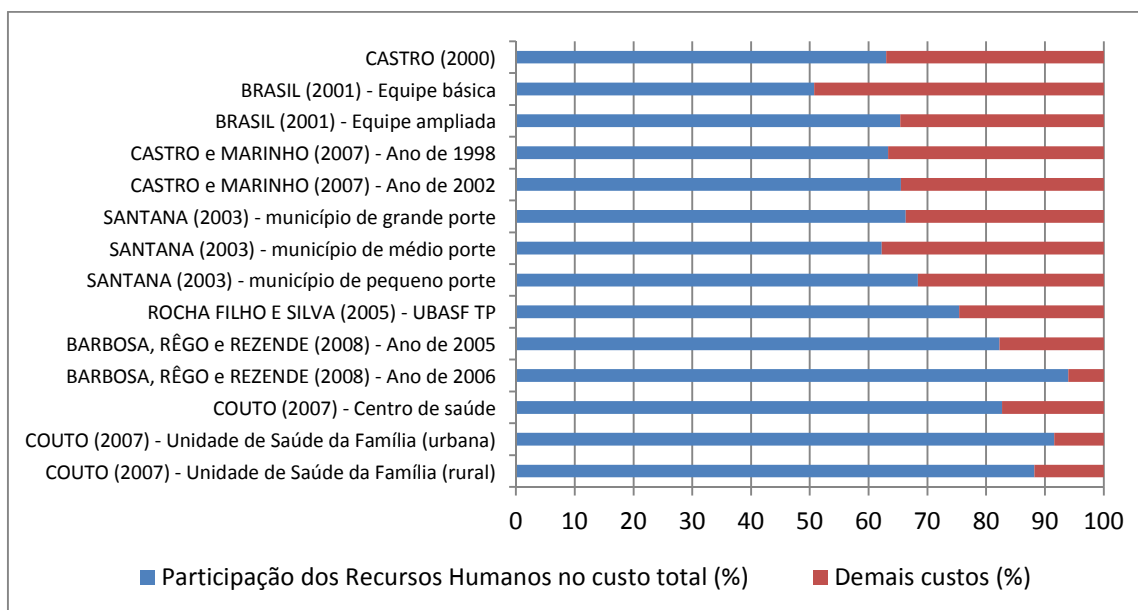
A multiplicidade de formatos encontrados nas realidades municipais é retratada pelos poucos estudos de custo existentes<sup>4</sup>. Por exemplo, em estudo realizado pela equipe da Fundação Getúlio Vargas (FGV) para o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), duas tipologias de equipes de atenção básica foram objeto de investigação, estratificadas por faixa populacional e macrorregião, denominadas completa (básica) e ampliada. A primeira se refere ao modelo Equipe de Saúde da Família (ESF) e a segunda, além de incluir os profissionais do modelo ESF, contava com outros profissionais de nível superior (Brasil, 2001, p. 89).

Nos diferentes modelos de organização da atenção básica, a participação relativa dos gastos com recursos humanos é preponderante. A figura 1 apresenta, de forma resumida, a participação destes recursos no custo total. O item é denominado de várias formas por essa literatura tal como “folha de pagamentos”, “salários e encargos sociais”, “pessoal”, “profissionais da equipe”, “pessoal de apoio”.

---

<sup>4</sup> Na revisão da literatura, foram encontrados alguns estudos de avaliação econômica (completa e incompleta) que almejam estimar custos de equipes de atenção básica com diferentes composições e estruturadas a partir de modelos de organização denominados “tradicional” e eSF. Os estudos referenciados foram: Barbosa *et. al.* (2008), Brasil (2001), Castro (2000), Castro e Marinho (2007), Castro *et. al.* (2007), Couto (2007), Rocha Filho e Silva (2005), e Santana (2003). Castro (2011) apresenta uma revisão integrativa da literatura em estudos que aferiram custos em unidades básicas de saúde (UBS).

**Figura 1. Participação (%) do custo de recursos humanos em relação ao custo total apresentado em diversos estudos nacionais**



A maior parte desses trabalhos é baseada em estudos de caso. Eles possuem abordagens distintas em diversos aspectos, como, por exemplo, as diferentes metodologias de apuração de custos, os diferentes objetos de custo e os diversos modelos de organização da atenção básica. Não foi objeto da revisão da literatura estudos de custos que possuíam como objetivo estimar o custo de um procedimento ou programa.

Quase todos os trabalhos utilizaram a metodologia do sistema de custeio por absorção. Apenas Barbosa *et al* (2008) utilizaram a técnica de custeio por atividade. Esses dois sistemas são considerados integrais por incorporarem tanto os custos diretos quanto os custos indiretos. O custeio por absorção exige a setorialização em centros de custos e critérios de rateio para a divisão do custo dos centros de custos administrativo e apoio para os centros de custo produtivos. A metodologia do sistema de custeio por atividade surgiu da percepção de que os custos indiretos possuíam uma participação cada vez maior na organização empresarial. Castro (2000, p.87) apresenta passo-a-passo a construção de um sistema de custeio por atividade.

Os diferentes métodos de apuração de custos resultam em distintas estruturas de custo. A participação de salários e encargos depende do tipo de equipe avaliada e da inclusão ou não dos salários e encargos não diretamente relacionados com a equipe de saúde. Castro (2000) apresenta os sistemas de apuração de custeio mais comuns e chama atenção para a importância de se discutir se os sistemas de custeio, que geralmente foram desenvolvidos para as empresas privadas, são adequados para as instituições públicas. Ela encontrou que entre 50% e 70% do custo total mensal da estratégia de Saúde da Família (eSF) é relacionado à folha de pagamentos do recursos humanos das ESF (Castro, 2000, p.122).

O estudo da FGV (Brasil, 2001)<sup>5</sup> apresenta o menor percentual médio da participação dos salários e encargos das equipes (46,62%). Se for somado o percentual dos salários e encargos indiretos (4,11%), a participação desse item corresponde a 50,73% do total do custo da atenção básica. Em termos regionais, Brasil (2001) é o único estudo que analisou municípios da região Norte e Centro-Oeste<sup>6</sup>. De acordo com um banco de dados divulgado no suplemento do estudo pode-se ter noção do custo de RH para alguns municípios dessas regiões. Por exemplo, em Fonte Boa (Amazonas), a participação das despesas de salários e encargos no custo total para as suas três equipes (classificadas como urbanas) foram de 58%, 71% e 80,9%. Para as duas equipes estudadas no município de Igarapé-miri, no Pará, os percentuais foram de 50,76% e 46%, respectivamente, para equipes básicas da zona urbana e rural. Em estudo realizado por Couto (2007), a participação dos salários e encargos sociais sai de 82,68% nos centros de saúde, passa por 88,22% nas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona rural, e chega a 91,58% nas USF na zona urbana. Em Barbosa *et. al.* (2008), a despesa de pessoal tem participação média de 93,97% no custo total nas dezenove ESF pesquisadas.

Essa nota não discute a forma mais adequada de utilização das metodologias de apuração dos custos. Contudo, deve-se observar, também, que trabalhos com metodologias comuns podem apresentar estruturas de custos distintas (ver Anexo I). Apesar da dispersão nos resultados, o percentual de participação do item de recursos humanos em todos os trabalhos revisados é de pelo menos 50% do custo da atenção básica.

### **3. Recursos humanos da Atenção Básica**

A atenção básica que recebe recursos adicionais do Ministério da Saúde está organizada em torno das equipes de saúde da família (ESF) que são um dos componentes da estratégia de Saúde da Família (eSF). As ESF são compostas, na sua forma padrão, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um grupo de agentes comunitários de saúde (ACS), esse último com quantidade variável. Além da ESF, nesse trabalho serão estimados os custos dos profissionais das equipes de saúde bucal (ESB) que, a depender da modalidade, são compostas por um cirurgião-dentista, um técnico em saúde bucal e um agente de saúde bucal (ver Quadro 1).

A PNAB relaciona outras equipes que fazem parte da eSF, mas que nessa primeira nota não foram objeto de investigação por ainda não serem equipes com orientações (parametrizações) claras. Um exemplo são os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) formado por equipe multidisciplinar. A carga horária e os profissionais que poderão fazer parte do Nasf estão listados na PNAB. Contudo, a composição das equipes dos Nasf é de livre escolha do gestor municipal, seguindo critérios de prioridade identificados a partir de dados epidemiológicos e das necessidades locais, assim como das equipes de saúde que serão apoiadas. Considerando a lista diversificada de profissionais e a dependência das decisões locais, ainda não existe um

---

<sup>5</sup> Esse estudo utilizou o sistema de custeio por absorção para a apropriação dos custos nos 51 municípios (118 equipes) analisados.

<sup>6</sup> Na referência Brasil (2001) não é possível identificar os municípios da região Centro-Oeste que fizeram parte da pesquisa, mas é possível inferir pela tabela da pg. 27 que o custo de recursos humanos nas equipes do(s) município(s) de até 5 mil habitantes variou entre 25,90% e 59,51%. Nas equipes dos municípios de 30 a 50 mil habitantes a despesa com salários e encargos variou entre 76,63% e 77,75%.

parâmetro nacional a partir do qual poderia ser estimado o custo. Assim, essas equipes terão que receber um tratamento metodológico diferente daquele que será apresentado nessa nota. O Quadro 1 apresenta todas as equipes que compõem a atenção básica definida pela PNAB e que recebem financiamento do Ministério da Saúde.

A PNAB ou outras normas específicas definem a composição em termos de quantidade e tipos de profissionais (ocupação) para cada uma dessas equipes. Percebe-se que, em alguns casos, a diferença nos custos é dada pela presença de um determinado profissional, como é o caso do microscopista nas Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR).

**Quadro 1 – Composição profissional das equipes de saúde da Atenção Básica de acordo com a PNAB.**

<b>Estratégia</b>	<b>Profissionais de nível superior</b>	<b>Profissionais de nível técnico</b>	<b>Demais profissionais</b>
Equipe de Saúde da Família	Médico generalista (preferencialmente)	Auxiliar de enfermagem	Agente Comunitário de Saúde
	Enfermeiro		
Equipe de Saúde Bucal – modalidade I	Cirurgião-dentista	Técnico em saúde bucal	
Equipe de Saúde Bucal – modalidade II	Cirurgião-dentista	Técnico em saúde bucal	Auxiliar em saúde bucal
Equipe de Agente Comunitário de Saúde	Enfermeiro		Agente Comunitário de Saúde
Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR)	Médico	Auxiliar de enfermagem	Agente Comunitário de Saúde
	Enfermeiro	Microscopista	
Equipe de Saúde da Família Fluvial (ESFF)	Médico	Auxiliar de enfermagem	Agente Comunitário de Saúde
	Enfermeiro	Técnico de laboratório e/ou bioquímico	
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)	Médicos (especialidades): acupunturista; Ginecologista/Obstetra; Homeopata; Pediatra; Psiquiatra; Geriatra; Clínica médica; Trabalho.		
	Assistente Social		
	Profissional da Educação Física		
	Farmacêutico		
	Fisioterapeuta		
	Fonoaudiólogo		
	Nutricionista		
	Psicólogo		
	Terapeuta Ocupacional		
	Médico Veterinário		
	Profissional de saúde sanitária		
Profissional de arte e educação			
Equipe de Consultório de Rua (ECR)	Enfermeiro Assistente Social Médico	Técnico ou auxiliar de enfermagem	Agente Social
Equipe de Atenção Domiciliar Tipo I (AD1)	Médico	Técnico ou auxiliar de enfermagem	
	Enfermeiro		
	Fisioterapeuta ou Assistente Social		

Fonte: Brasil (2011). Elaboração própria.

Além da composição, a PNAB apresenta os parâmetros médios de população sob responsabilidade de cada equipe. De modo geral uma equipe padrão é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS)<sup>7</sup> para cobrir 3.000 habitantes. Mas a parametrização pode variar para alguns casos específicos. Por exemplo, uma ESF pode ser composta por mais de um médico, sendo que a quantidade dependerá de uma equivalência ao profissional que cumpre uma carga horária de 40 horas. Assim, por exemplo, uma equipe pode ser composta por um médico quarenta horas ou por dois médicos de 30 horas (considerados equivalentes ao trabalho de uma profissional 40 horas). As outras opções estão informadas pela Portaria nº 2.027 de 27 de agosto de 2011, que foi incorporada a PNAB. Outro exemplo de variação do modelo padrão é a quantidade de habitantes cobertos por cada equipe, o número de habitantes sob a responsabilidade de cada profissional, bem como os limites mínimo e máximo de ACS por ESF. Essas variações nas composições das equipes impactarão no custo estimado assim como nas estimativas da necessidade de financiamento da atenção básica.

Para estimar os custos das equipes ESF e ESB, as quantidades foram calculadas para um padrão de equipe que atenda três mil habitantes e seja composta por quatro ACS. No caso das ESB, o cálculo foi feito para as modalidades I e II. A diferença entre essas duas modalidades é a adição do profissional “auxiliar em saúde bucal” na modalidade II, como pode ser visto no Quadro 1. Com relação à carga horária, adotou-se o padrão equivalente a 40 horas semanais, como será explicado na metodologia.

#### **4. Metodologia**

Nesse projeto, o custo é dado pela multiplicação do preço pela quantidade. A estimativa dos custos de recursos humanos partiu de uma estrutura de custos dada pelo somatório da multiplicação da quantidade de cada profissional requerido pelo modelo de atenção básica (dada pela PNAB) multiplicada pelo preço (remuneração média de mercado).

As informações de quantidade provêm dos parâmetros recomendados pela PNAB, conforme definido na seção anterior. Os preços (remuneração média de mercado) foram obtidos a partir da análise dos dados da Rais, utilizada como principal fonte de dados para esse trabalho. Os resultados obtidos foram comparados com aqueles provenientes da pesquisa “Monitoramento da qualidade do emprego na estratégia saúde da família – 2010” realizada pelo Observatório de Recursos Humanos do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFMG, doravante denominada UFMG-Nescon (2010). A pesquisa é realizada junto a uma amostra de municípios (que, em 2010, foi superior a 800 municípios) por meio telefônico e coleta dados sobre os profissionais vinculados a ESF.

A Rais é um registro administrativo, declarado pelos estabelecimentos com ou sem empregados<sup>8</sup>. O estabelecimento que não possui empregado ou manteve suas atividades paralisadas durante o ano-base é obrigado a entregar a Rais negativa.

---

<sup>7</sup> Cada agente comunitário de saúde deve ser responsável por, no máximo, 750 habitantes. Na PNAB, há um limite máximo de 12 ACS por ESF.

<sup>8</sup> São obrigados a entregar a declaração da RAIS: a) inscritos no CNPJ com ou sem empregados - o estabelecimento que não possui empregado ou manteve suas atividades paralisadas durante o ano-base está obrigado a entregar a RAIS Negativa; b) todos os empregadores, conforme definidos na CLT; todas



Foram utilizados os dados da Rais identificada<sup>9</sup> para 2010, ano mais recente para o qual ela estava disponível. Nesse ano, a base possui 66.747.302 registros de vínculos empregatícios declarados. Cada linha de observação dessa base possui o registro do empregado com diversas informações, como, por exemplo: PIS/Pasep, natureza jurídica do estabelecimento, código do município, tipo de vínculo, ocupação cadastrada, gênero, entre outras. Cada linha da Rais representa um vínculo empregatício. Assim, para as pessoas que ocupam mais de um posto de trabalho (possuem mais de um vínculo empregatício), essa informação aparecerá em mais de uma linha. É possível identificar os indivíduos e saber a quantidade de vínculos (ou postos de trabalho ocupados por ele) agregando as informações para cada PIS/Pasep. Ou seja, no caso do profissional possuir mais de um vínculo, o mesmo PIS/Pasep aparece na Rais em mais de uma linha de observação. Além de saber quantos vínculos o profissional possui, é possível verificar se profissionais com mais de um vínculo possuem remunerações diferentes.

Nesse trabalho, a análise dos dados da Rais foi baseada nas famílias de ocupações (grupos de base) segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). A CBO é composta por um conjunto de códigos e títulos num formato hierárquico piramidal, com a seguinte organização:

**Quadro 2 – Estrutura Classificação Brasileira de Ocupações – CBO**

<b>Estrutura</b>	<b>Sigla</b>	<b>CBO-1994</b>	<b>CBO-2002</b>
Grandes Grupos	GG	8	10
Subgrupos Principais	SGP		47
Subgrupos	SG	86	192
Grupos de base ou famílias	GB	353	596
Ocupações GG	O	2356	2422

Fonte: CBO/MTE (<http://www.mtecbo.gov.br>)

A justificativa para se utilizar as famílias é a de que os profissionais de uma mesma família possuem a formação mínima, em teoria, para o trabalho nas equipes de atenção básica. Por exemplo, na Rais de 2010 há 61.062 cirurgiões dentistas com vínculos ativos. O código de ocupação 2232-08 corresponde ao cirurgião dentista – clínico geral, os quais representam 51.772. Outros 5.170 cirurgiões dentistas estão na ocupação saúde coletiva e o restante em outras 20 ocupações com especialidades distintas. Contudo, qualquer um deles pode atuar numa ESB, ou seja, compõem a oferta total de profissionais para essa equipe. Além disso, a classificação é uma informação declarada pelo empregador que pode ou não estar fidedigna com a ocupação do profissional. No exemplo do cirurgião dentista – clínico geral, utilizaremos

---

as pessoas jurídicas de direito privado, inclusive as empresas públicas domiciliadas no País, com registro, ou não, nas Juntas Comerciais, no Ministério da Fazenda, nas Secretarias de Finanças ou da Fazenda dos governos estaduais e nos cartórios de registro de pessoa jurídica; c) empresas individuais, inclusive as que não possuem empregados; d) cartórios extrajudiciais e consórcios de empresas; e) empregadores urbanos pessoas físicas (autônomos e profissionais liberais) que mantiveram empregados no ano-base; f) órgãos da administração direta e indireta dos governos federal, estadual ou municipal, inclusive as fundações supervisionadas e entidades criadas por lei, com atribuições de fiscalização do exercício das profissões liberais; g) condomínios e sociedades civis; h) empregadores rurais pessoas físicas que mantiveram empregados no ano-base; i) filiais, agências, sucursais, representações ou quaisquer outras formas de entidades vinculadas à pessoa jurídica domiciliada no exterior.

<sup>9</sup>A Rais identificada não inclui a Rais negativa.

todos os profissionais classificados na família cirurgiões-dentistas (quatro dígitos), independente da ocupação (seis dígitos) informada na Rais.

**Quadro 3 – Exemplo de uma estrutura de ocupação da CBO: o caso dos cirurgiões-dentistas**

Grande Grupo=2	Profissionais das ciências e das artes
Subgrupos Principais=22	Profissionais das ciências biológicas, da saúde e fins
Subgrupos=223	Profissionais da medicina, saúde e afins
Famílias=2232	Cirurgiões-dentistas
Ocupação=2232-08	Cirurgião dentista – clínico geral

Fonte: CBO/MTE (<http://www.mtecbo.gov.br>)

As famílias CBOs selecionadas para o cálculo do custo das ESF e ESB estão listadas no Quadro 4.

**Quadro 4 – Famílias CBO selecionadas**

CBO	Nome da família	Equipe/Profissional da PNAB
2232	CIRURGIÕES-DENTISTAS	ESB/Cirurgião Dentista
2235	ENFERMEIROS E AFINS	ESF/Enfermeiro
2251	MÉDICOS CLÍNICOS	ESF/Médico
2252	MÉDICOS EM ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	ESF/Médico
	MÉDICOS EM MEDICINA DIAGNÓSTICA E	ESF/Médico
2253	TERAPÊUTICA	
3222	TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM	ESF/Técnico ou auxiliar de enfermagem
3224	TÉCNICOS DE ODONTOLOGIA	ESB/Técnico ou auxiliar de saúde bucal
5151	TRABALHADORES EM SERVIÇOS DE PROMOÇÃO E APOIO À SAÚDE	ESF/Agente comunitário de saúde

Fonte: CBO/MTE (<http://www.mtecbo.gov.br>)

A classificação dos profissionais médicos na CBO é feita em três famílias distintas: 2251 – Médicos Clínicos; 2252 – Médicos em Especialidades Cirúrgicas; e 2253 – Médicos em Medicina Diagnóstica e Terapêutica. Tanto no caso dos médicos quanto de outros profissionais, é possível totalizar as informações por ocupação ou por profissionais. A diferença encontra-se no fato de um profissional poder ter mais de um vínculo (ocupar mais de um posto de trabalho), ou seja, aparecer mais de uma vez na Rais. Assim, ao se contabilizar os profissionais, a referência é individual, mas a referência a pessoas ocupadas equivale a postos de trabalhos ocupados. Nesta nota, para análise das pessoas ocupadas como médicos, são apresentadas as três famílias CBO em separado. Por outro lado, ao se analisar o profissional, considera-se as três famílias CBO de médicos como uma só.

Conceitualmente para essa nota, as denominações “ocupações selecionadas na saúde” e “profissionais selecionados na saúde” referem-se, respectivamente, ao total de ocupados por CBO e ao total de profissionais selecionados nas CBOs. Foram contabilizados somente os profissionais com vínculo ativo em dezembro de 2010. Além disso, para o cálculo da remuneração média foram excluídos os vínculos que possuíam informação zero na variável remuneração em 31 de dezembro, visto que essas pessoas poderiam estar afastadas do trabalho, ou seja, com vínculo e sem remuneração.

Para a apresentação dos resultados criou-se o conceito de “profissionais consistentes”. Este conceito significa que só foram considerados para cálculo da quantidade de profissionais aqueles que possuíam a mesma família CBO em todos os vínculos. Por exemplo, não foi contabilizada uma pessoa que se declarava como médico em uma ocupação e como dentista em outra e assim por diante.

A análise da remuneração média de cada família CBO será apresentada em três categorias: (i) “ocupados”, que representa o total de vínculos ativos na família CBO, excluindo-se os vínculos com a remuneração zero; (ii) “profissionais consistentes” que representa os profissionais que possuem, quando no caso de mais de um registro, a mesma família CBO e; (iii) “segundo quantidade de vínculos” que traz informações a respeito dos “profissionais consistentes” distribuída segundo a quantidade de vínculos.

## **5. Resultados gerais**

Nessa seção, são apresentadas as informações sobre quantidades de profissionais e ocupações obtidas a partir da Rais e sobre suas remunerações. Estas foram, posteriormente, comparadas com dados de remuneração média dos profissionais produzidos por UFMG-Nescon (2010).

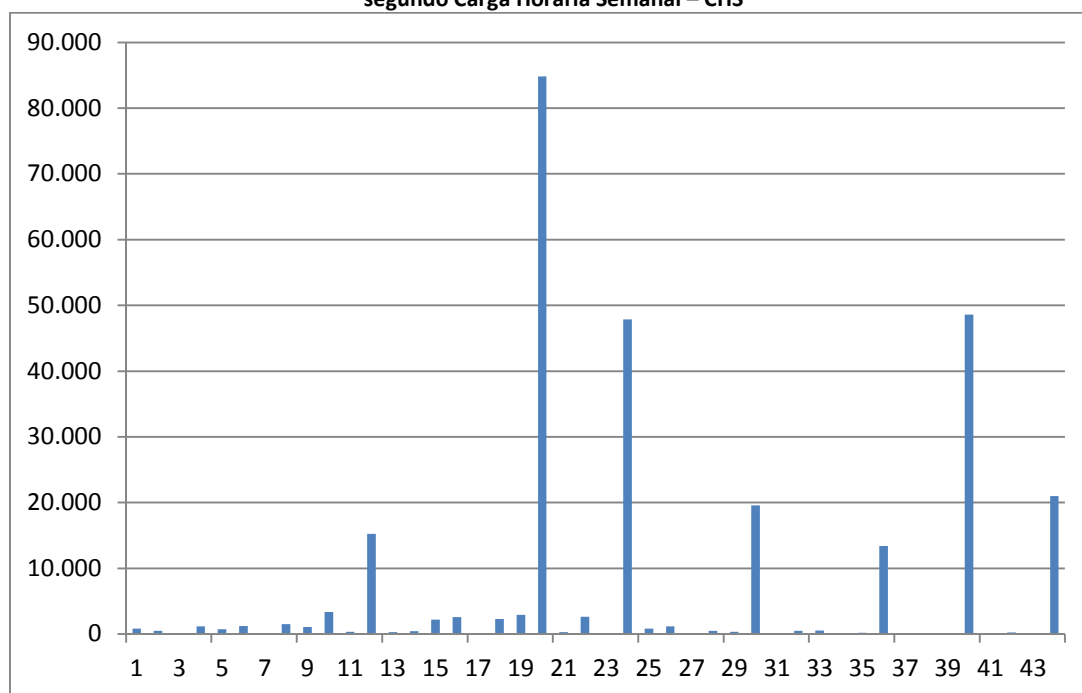
Os dados de remuneração média também serão apresentados segundo o porte populacional do município e da localização geográfica do vínculo. Essas estratificações visam uma exploração inicial de possíveis diferenciais de remuneração. Os resultados dessa nota serão apresentados para cada família CBO. Na seção seguinte, apresenta-se um custo total de uma ESF e ESB.

Esses resultados apresentados podem fornecer uma primeira ideia de diferencial de salário entre as macrorregiões e municípios de diferentes portes populacionais, mas será necessário continuar as análises sobre a determinação das remunerações desses profissionais para avaliar a consistência das estimativas dos custos de remuneração dos profissionais da atenção básica elaboradas a partir da Rais.

### **5.1. Médicos**

Pelos dados declarados para a Rais, havia aproximadamente 280 mil postos de trabalhos ocupados por médicos (famílias CBOs 2251, 2252 e 5523) e 176,7 mil profissionais “consistentes”. Os postos de trabalho formais ocupados por médicos e declarados à Rais tinham cargas horárias variáveis, sendo os mais frequentes aqueles com 20, seguidos por 40 e 24 horas. A média da carga horária semanal (CHS) dos médicos é de 26,5 horas.

**Gráfico 1. Distribuição dos postos de trabalhos dos profissionais médicos ocupados (em 31 de dezembro) segundo Carga Horária Semanal – CHS**



Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

A maior parte dos médicos encontrava-se ocupado em postos de trabalho do executivo municipal ou estadual (55%). Contudo, apareceram na Rais contratos formais por meio de associações privadas, fundações e sociedades empresariais limitadas (correspondendo a 22% dos postos ocupados).

**Tabela 1 – Distribuição dos médicos segundo as cinco principais naturezas jurídicas contratantes e tipos de vínculos segundo Rais**

Natureza Jurídica do contratante	Servidor, RJU, com RPP	Trabalhador urbano PJ, CLT, prazo indet.	Servidor público não efetivo	Servidor, RJU, com RGPS	CT prazo det. (lei municipal)	Total geral (selecionado)
Órgão Público do Poder Executivo Municipal	57.879	7.834	18.430	7.527	6.386	98.056
Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	49.601	2.658	3.638	804		56.701
Associação Privada	49	34.634	21		65	34.769
Fundação Privada	427	14.495	54		17	14.993
Sociedade Empresária Limitada	64	13.577	9	1		13.651
<b>Total geral (selecionado)</b>	<b>108.020</b>	<b>73.198</b>	<b>22.152</b>	<b>8.332</b>	<b>6.468</b>	<b>218.170</b>

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

A remuneração média dos médicos (profissionais consistentes), apresentada na tabela 2, seria de R\$ 8,3 mil, com uma remuneração por hora de R\$ 56,6. Em termos de vínculos, 40% dos profissionais possuem apenas um vínculo formal de trabalho,

sendo, portanto, expressivo o quantitativo com mais de um vínculo formal declarado na Rais. Observa-se grande variação da remuneração média a depender da quantidade de vínculos formais.

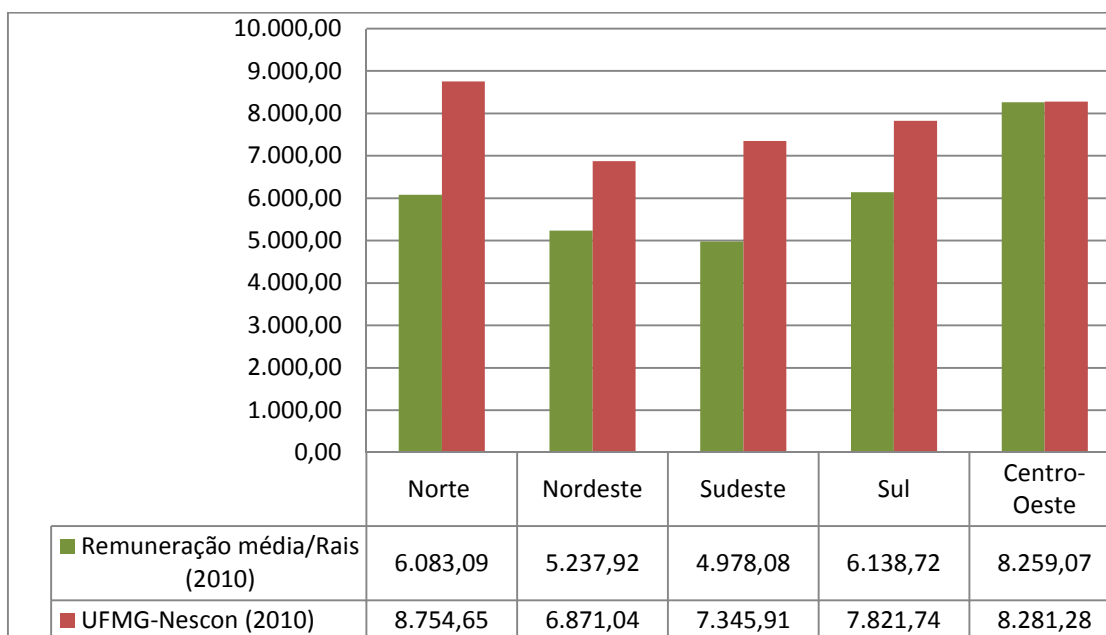
**Tabela 2 – Quantitativo e Remuneração média dos médicos segundo as categorias Ocupados, Profissionais consistentes e Profissionais segundo quantidade de vínculos**

<b>Família CBO</b>	<b>Nº de obs.</b>	<b>Média (Remuneração dezembro)</b>	<b>Desvio- padrão</b>	<b>Média (Remuneração hora/dez.)</b>	<b>Desvio- padrão</b>
<i>Ocupados</i>					
2251-Médicos Clínicos	242.627	5.393,79	3.981,36	55,98	61,99
2252-Médicos em especialidades cirúrgicas	23.013	5.019,82	4.302,97	69,99	163,04
2253-Médicos em medicina diagnóstica e terapêutica	2.810	6.204,74	5.861,87	62,50	70,27
<i>Profissionais "consistentes"</i>	172.265	8.295,60	5.817,85	56,60	59,93
<i>Segundo quantidade de Vínculos</i>					
1	103.059	6.317,05	4.612,70	61,99	73,55
2	47.987	10.169,03	5.668,54	51,20	29,86
3	14.502	12.736,42	6.023,41	44,27	22,99
4	4.612	14.283,51	6.354,47	39,00	18,45
5	1.443	17.159,02	6.830,00	38,81	17,34
6	439	20.156,89	7.570,43	39,40	15,80
7	150	23.737,84	8.415,68	40,78	15,34
8	45	29.348,63	10.343,01	46,16	19,18
9	14	35.131,75	8.578,92	50,46	15,59
10	9	29.192,92	9.005,73	34,20	15,20
11	4	37.372,22	14.248,24	38,76	27,13
13	1	57.414,63		56,51	

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

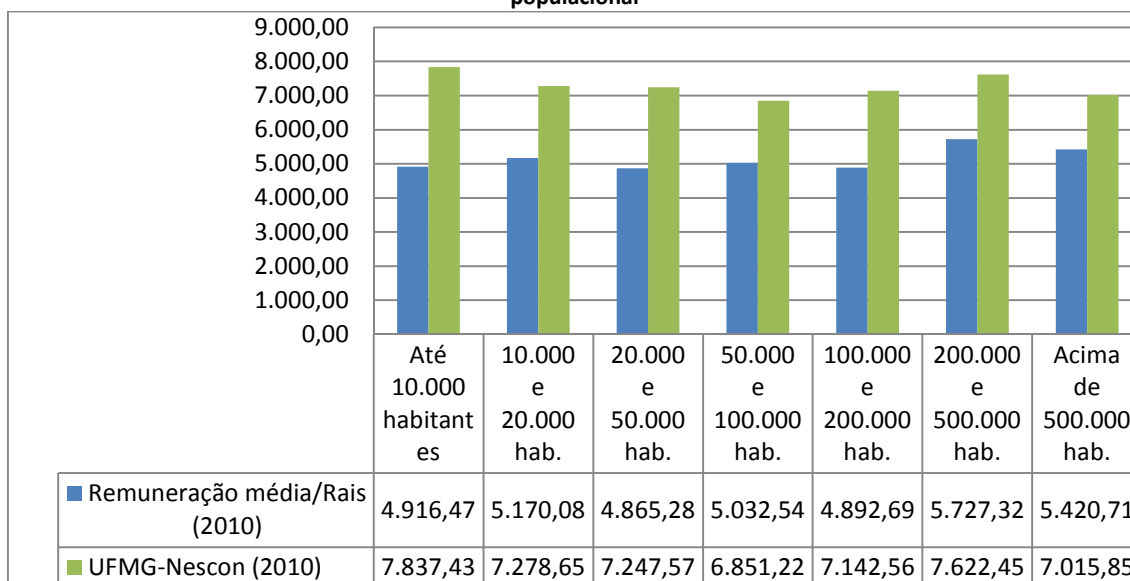
Conforme pode ser observado no gráfico 2, as remunerações dos médicos ocupados pela Rais são, em média, inferiores aquelas obtidas para a pesquisa UFMG-Nescon (2010). O Centro-Oeste apresenta a maior remuneração média pela Rais, ao passo que na pesquisa UFMG-Nescon (2010) a região Norte apresenta a maior remuneração, seguida pelo Centro-Oeste.

**Gráfico 2 – Comparação da remuneração dos médicos por macrorregião, Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010)**



Fonte: Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010). Elaboração dos autores.

**Gráfico 3 – Comparação da remuneração dos médicos da Rais (2010) e da pesquisa UFMG-Nescon (2010) por faixa populacional**



Fonte: Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010). Elaboração dos autores.

No gráfico 3 são apresentados os dados da remuneração média dos profissionais médicos ocupados por porte populacional. Na estimação pela Rais, a maior remuneração média é encontrada para os médicos localizados nos municípios de 200.000 a 500.000 habitantes, ao passo que no trabalho UFMG-Nescon (2010) a maior média de remuneração encontrada estava nos municípios de até 10.000 habitantes. A diferença da remuneração entre essas duas bases de dados pode ser parcialmente explicada pela CHS média encontrada nos dados da Rais. Seguindo a mesma ordenação das faixas populacionais do gráfico 3, as CHS médias eram 30; 30,63; 29,07; 28,47; 27,72; 25,98; 25,84. Considerando que UFMG-Nescon (2010) englobou apenas os profissionais vinculados à ESF que cumprem CHS de 40 horas, os

resultados da Rais não parecem tão distantes dos obtidos nesse estudo no que diz respeito ao padrão de remuneração-hora dos médicos.

Quando se analisam os dados da Rais por região e por porte de município (tabelas 4 e 5), observam-se diferenças significativas de remuneração média, variando de R\$ 4,1 mil (Sudeste até 10 mil habitantes) a R\$ 10,6 mil (Centro-Oeste até 10 mil habitantes). Contudo, não se observa um padrão claro por porte de município: com os menores pagando mais e os maiores pagando menos para médicos ou vice-versa. Isso indica necessidade de se realizar análises intrarregionais por outros critérios além do porte de município. A tabela 4 traz as informações da remuneração-hora dos vínculos médicos de forma a complementar as informações da tabela 3, uma vez que uma maior ou menor carga horária semanal pode modificar as diferenças relativas entre as regiões e entre as faixas populacionais.

**Tabela 3 – Remuneração dos médicos segundo faixa populacional dos municípios e região, Rais (2010)**

<b>Faixa populacional</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
Até 10.000	8.040,84	5.046,70	4.130,65	5.636,34	10.587,97
Entre 10.000 e 20.000	6.436,55	5.192,59	4.601,38	5.757,62	8.441,48
Entre 20.000 e 50.000	7.686,22	4.783,92	4.411,90	5.166,08	7.249,02
Entre 50.000 e 100.000	8.187,13	4.888,85	4.835,50	4.639,76	6.594,90
Entre 100.000 e 200.000	6.936,85	4.871,38	4.529,48	5.442,43	6.393,92
Entre 200.000 e 500.000	7.971,85	4.642,27	5.532,64	6.374,38	3.244,73
Acima de 500.000	4.637,38	5.393,36	4.962,72	6.782,85	9.162,91

*Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.*

Tabela 4 – Remuneração-hora dos médicos segundo faixa populacional dos municípios e região, Rais (2010) em R\$

Faixa Populacional	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Até 10.000	58,27	42,07	49,48	56,38	111,81
Entre 10.000 e 20.000	46,06	40,75	53,86	57,74	63,03
Entre 20.000 e 50.000	62,11	38,28	59,72	50,97	59,72
Entre 50.000 e 100.000	57,80	43,99	55,63	48,04	55,62
Entre 100.000 e 200.000	53,41	38,15	60,24	56,24	53,78
Entre 200.000 e 500.000	65,29	43,43	62,49	62,88	63,76
Acima de 500.000	40,73	50,22	57,19	67,29	82,57

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

A menor e a maior remuneração-hora média foram encontradas, respectivamente, na região Nordeste em municípios entre 100 e 200 mil habitantes (R\$38,15) e no Centro-Oeste, em municípios de até 10.000 habitantes (R\$ 111,81). Algumas estatísticas descritivas desses dados podem ajudar a entender um pouco mais esses números. No caso da remuneração-hora dos municípios de até 10.000 habitantes no Centro-Oeste, o desvio-padrão encontrado é o maior entre todas as estratificações (R\$ 412,17) assim como a amplitude do intervalo de confiança, com nível de significância de 10%, (R\$45,31 – R\$178,31).

A segunda maior remuneração-hora dos médicos é encontrada na região Centro-Oeste nos municípios com população acima de 500.000 habitantes. Esse resultado pode estar relacionado com a concentração de funcionários públicos federais no DF. Apesar disso, tanto o desvio-padrão quanto o intervalo de confiança estimado foram, respectivamente, R\$ 61,29 e {R\$81,37 - R\$83,78}, ou seja, apresentam comportamentos compatíveis com os demais estratos. Isso pode ser explicado pelo fato da Rais representar o universo do mercado formal de trabalho.

A remuneração-hora média apresentada na tabela 5 não possui padrão claro quanto ao porte populacional, mas há indicações de que a região Nordeste, com exceção dos municípios acima de 500.000 habitantes, possui a menor remuneração-hora média.

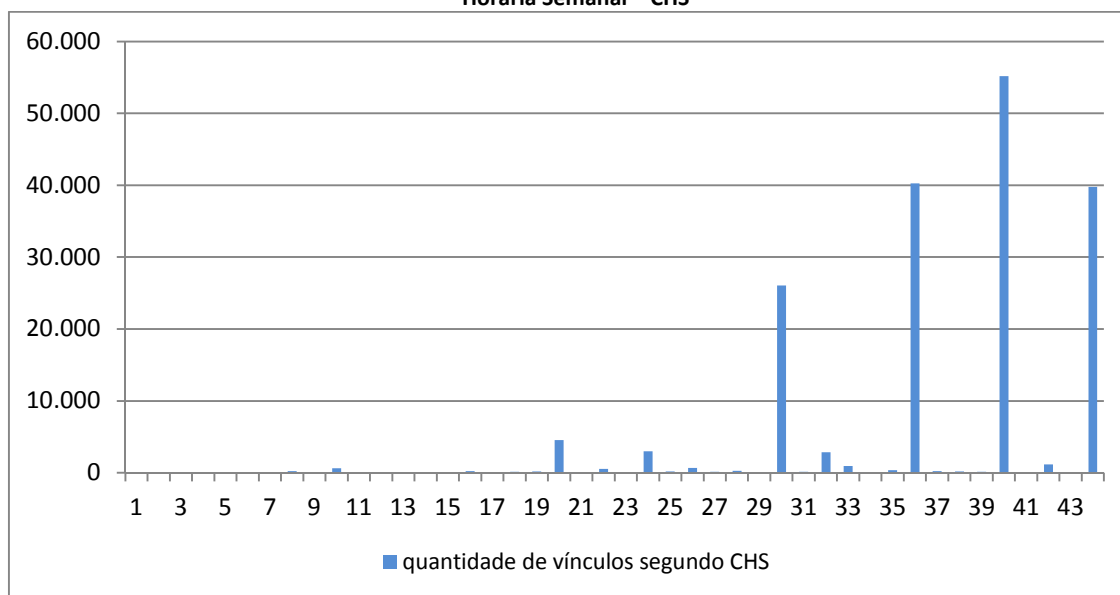
As informações das tabelas 3 e 4 permitem concluir que o padrão médio de CHS modifica o posicionamento de cada estrato quando se analisa de forma conjunta a região e o porte populacional. Consequentemente, a remuneração-hora média se apresenta como uma medida mais apropriada para uma estimativa de custos da remuneração média dos profissionais das ESF e ESB, uma vez que o objetivo é se aproximar de um padrão de custos para ESF e ESB com carga horária de 40 horas semanais.



## 5.2. Enfermeiros e Afins

No caso dos enfermeiros e afins (CBO 2235), esses ocupavam aproximadamente 178,9 mil postos de trabalhos e correspondiam a 144,6 mil profissionais consistentes na Rais. As CHSs para enfermeiros tendem a ser mais altas que aquelas de médicos, com frequências mais elevadas em 30, 36, 40 e 44 horas por semana.

**Gráfico 4 – Distribuição dos postos de trabalhos para enfermeiros ocupados (em 31 de dezembro) segundo Carga Horária Semanal – CHS**



Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

Dentre aqueles que atuam no setor formal e estão declarados na Rais, observa-se uma participação significativa do executivo municipal de acordo com a tabela 5. Contudo, também eram representativas as ocupações em associação privada, sociedade limitada e fundação.

**Tabela 5 – Quantitativo das cinco principais naturezas jurídicas do contratante e tipos de vínculos – Enfermeiros e afins (CBO 2235)**

Natureza Jurídica do contratante	Trabalhador urbano PJ, CLT, prazo indet.	Servidor, RJU, com RPP	Servidor público não efetivo	Servidor, RJU, com RGPS	CT prazo det. (lei mun.)	Total geral
Órgão Público do Poder Executivo Municipal	3.953	27.412	9.349	5.791	3.119	49.624
Associação Privada	38.355	3	5	7	53	38.423
Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	448	18.313	4.259	316		23.336
Sociedade Empresária Limitada	20.380	29	9			20.418
Fundação Privada	9.402	194	4	1		9.601
<b>Total geral</b>	<b>72.538</b>	<b>45.951</b>	<b>13.626</b>	<b>6.115</b>	<b>3.172</b>	<b>141.402</b>

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

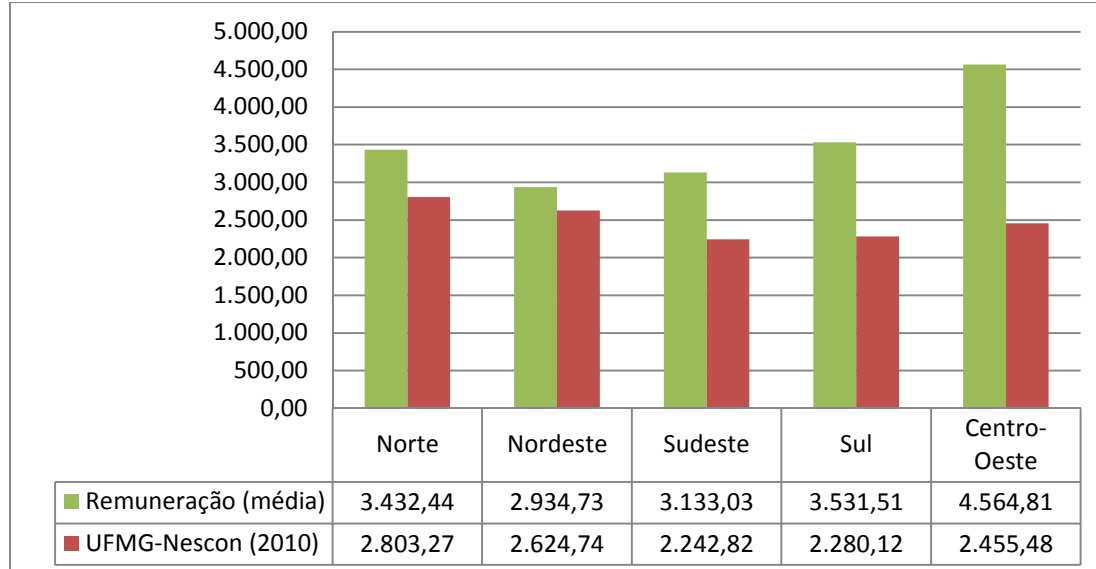
**Tabela 6 – Quantitativo e Remuneração média dos enfermeiros segundo as categorias Ocupados, Profissionais consistentes e Profissionais segundo quantidade de vínculos**

Família CBO	Nº de observações	Média (Remuneração dezembro)	Desvio-padrão	Média (Remuneração hora)	Desvio-padrão
<i>Ocupados</i>	174.182	3.253,10	2.117,42	22,77	18,39
<i>Profissionais "consistentes"</i>	141.806	3.805,25	2.483,25	22,85	17,26
Profissionais segundo quantidade de Vínculos					
1	119.914	3.438,46	2.233,19	23,30	18,21
2	19.848	5.698,09	2.788,30	20,69	10,57
3	1.865	6.885,79	2.664,43	17,45	6,81
4	169	7.425,53	2.631,50	14,67	5,12
5	10	9.507,66	5.134,67	14,37	8,07

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

Na análise por macrorregiões, observa-se que as remunerações médias dos enfermeiros obtidas pela Rais eram mais elevadas que aquelas encontradas na pesquisa UFMG-Nescon (2010) (Gráfico 5), ao contrário dos resultados encontrados para os profissionais médicos. A CHS média dos enfermeiros encontrada na Rais era de 37,09 horas e dados divulgados na pesquisa UFMG-Nescon (2010) indicavam que 96,8% dos municípios pesquisados responderam que a CHS informada dos enfermeiros era maior ou igual a 40 horas por semana<sup>10</sup>.

**Gráfico 5 – Comparação das remunerações dos enfermeiros Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010) por macrorregião**



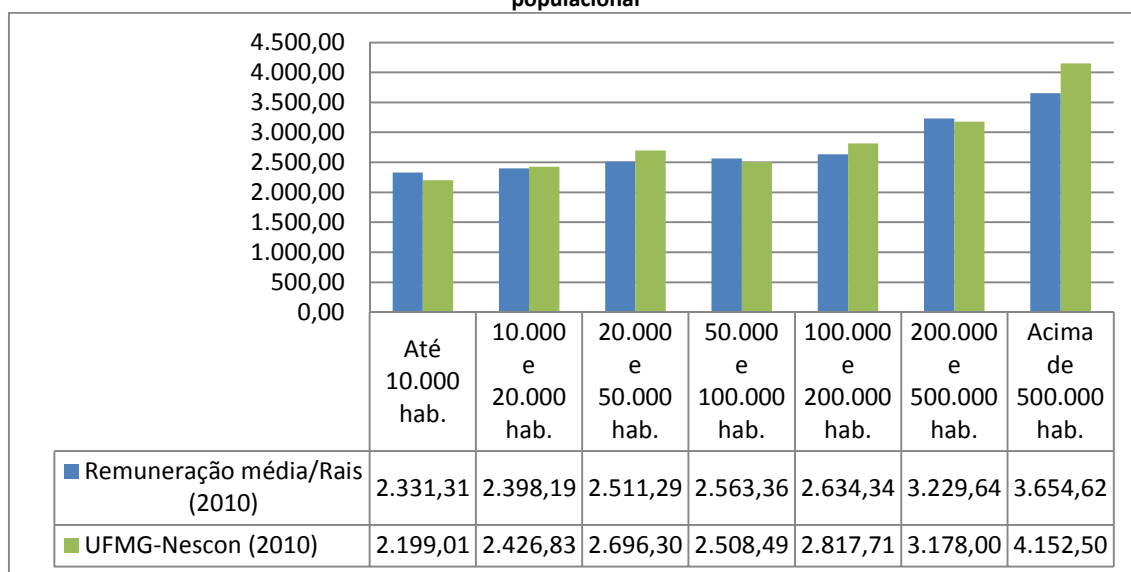
Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

<sup>10</sup> A pesquisa UFMG-Nescon (2010) possuía a seguinte estratificação em relação à CHS: i) menor que 40 horas; ii) maior ou igual a 40 horas; iii) não respostas. Os resultados de CHS para os profissionais enfermeiros foram, respectivamente, 2,8%, 96,8% e 0,4%.

Os dados da Rais mostram que o Centro-Oeste possui a maior remuneração média, enquanto os dados da pesquisa UFMG-Nescon (2010) indicam que a macrorregião Norte seja a de maior remuneração.

Pelos dados da Rais, os salários médios dos enfermeiros possuem uma relação direta com o tamanho do município. Essa mesma relação também é verificada pelos dados da pesquisa UFMG-Nescon (2010), exceto na faixa entre 50.000 e 100.000 habitantes. Os dados por faixa populacional para a remuneração dos enfermeiros na comparação Rais e UFMG-Nescon (2010) estão mais próximos (Gráfico 6).

**Gráfico 6 – Comparação das remunerações dos enfermeiros Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010) por faixa populacional**



Fonte: Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010). Elaboração dos autores.

Assim como para os médicos, não há um padrão claro de diferenciação por porte de município (Tabela 7). A maior remuneração média dos enfermeiros era encontrada na região Centro-Oeste e na faixa acima de 500 mil habitantes (possivelmente a concentração dos funcionários do quadro federal explique essa diferenciação). Excluindo a região Norte, os maiores salários eram encontrados nos municípios acima de 500 mil habitantes. A tabela 8 complementa as informações indicando que os municípios de até 50.000 habitantes da região Norte possuem a maior remuneração-hora média. Os municípios acima de 500 mil habitantes, em todas as regiões, pagam, em geral, a maior remuneração-hora média.

**Tabela 7 – Remuneração média dos enfermeiros segundo faixa populacional dos municípios e região, 2010**

<b>Faixa populacional</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
Até 10.000	3.001,65	2.258,25	2.116,50	2.497,59	2.606,85
Entre 10.000 e 20.000	2.856,97	2.476,56	2.180,96	2.398,66	2.875,15
Entre 20.000 e 50.000	3.124,54	2.529,32	2.326,34	2.559,84	2.876,61
Entre 50.000 e 100.000	2.994,24	2.391,86	2.537,90	2.627,52	2.523,86
Entre 100.000 e 200.000	2.243,69	2.260,13	2.583,44	2.953,24	3.339,10
Entre 200.000 e 500.000	3.878,26	2.285,39	3.157,28	3.766,64	1.997,77
Acima de 500.000	3.521,41	3.325,17	3.421,57	4.467,57	5.451,89

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

**Tabela 8 – Remuneração-hora média dos enfermeiros segundo faixa populacional dos municípios e região, 2010**

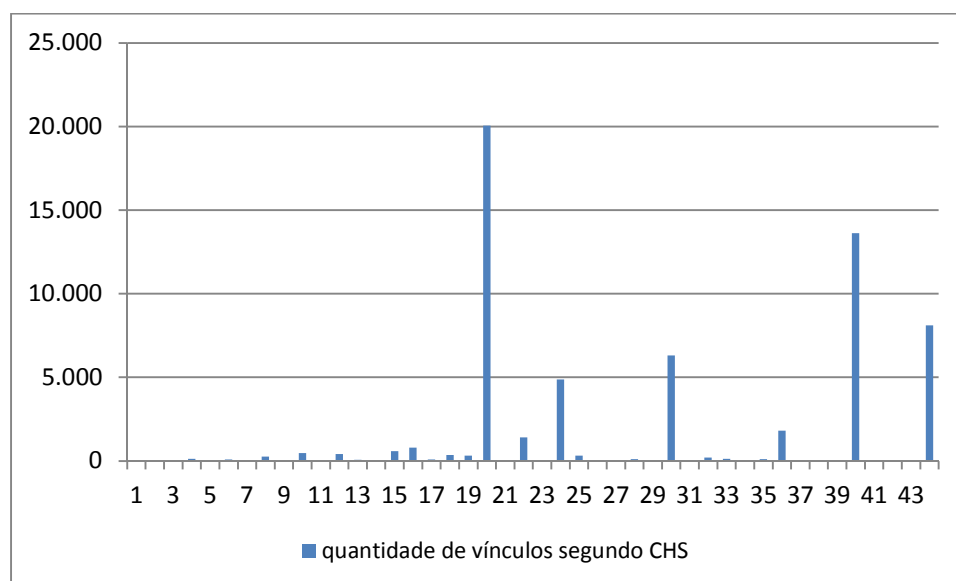
<b>Faixa populacional</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
Até 10.000 habitantes	19,89	16,21	14,42	16,45	16,70
Entre 10.000 e 20.000 habitantes	28,36	19,67	15,19	16,47	18,37
Entre 20.000 e 50.000 habitantes	20,99	18,51	16,26	17,03	20,33
Entre 50.000 e 100.000 habitantes	19,39	18,14	17,60	17,71	21,90
Entre 100.000 e 200.000 habitantes	14,35	15,01	17,40	19,35	20,84
Entre 200.000 e 500.000 habitantes	26,87	15,63	22,57	24,98	19,68
Acima de 500.000 habitantes	27,85	23,01	23,91	31,32	38,19

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

### 5.3. Cirurgiões – dentistas

Segundo os dados da Rais, havia aproximadamente 61 mil postos de trabalhos ocupados por cirurgiões-dentistas (família CBO 2232) e 51 mil profissionais consistentes. Analisando os dados dos ocupados na Rais, observa-se que as cargas horárias semanais (gráfico 7) se concentram em torno de 20 horas e de 40 horas, com metade dos postos com carga horária de menos de 25 horas. O vínculo mais frequente (tabela 9) é observado em postos de trabalhos do Regime Jurídico Único e o contratante mais frequente é o Executivo Municipal.

Gráfico 7 – Distribuição dos postos de trabalhos ocupados (em 31 de dezembro) segundo Carga Horária Semanal – CHS



Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

Tabela 9 – Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo as cinco principais naturezas jurídicas contratantes e tipos de vínculos.

Natureza Jurídica do contratante	Servidor, RJU, com RPP	Trabalhador urbano PJ, CLT, prazo indet.	Servidor público não efetivo	Servidor, RJU, com RGPS	CT prazo det. (lei municipal)	Total geral (selecionadas)
Órgão Público do Poder Executivo Municipal	21.307	4.194	5.063	4.618	1.454	36.636
Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	6.398	770	643	25	20	7.856
Associação Privada	8	4.047	2		12	4.069
Serviço Social Autônomo		2.091				2.091
Sociedade Empresária Limitada	9	1.897	1			1.907
Total geral (colunas selecionadas)	27.722	12.999	5.709	4.643	1.486	52.559

Fonte: Rais (2010). Elaboração própria.

A remuneração média em dezembro dos dentistas era de R\$ 3,7 mil, com uma remuneração média por hora de R\$ 31,66. Aproximadamente 85% dos cirurgiões dentistas do mercado formal possuem apenas um vínculo e há tendência de quanto maior a quantidade de vínculos, maior a remuneração do profissional.

**Tabela 10 – Quantitativo e Remuneração média do profissional cirurgião-dentista segundo as categorias Ocupados, Profissionais “consistentes” e Profissionais segundo quantidade de vínculos**

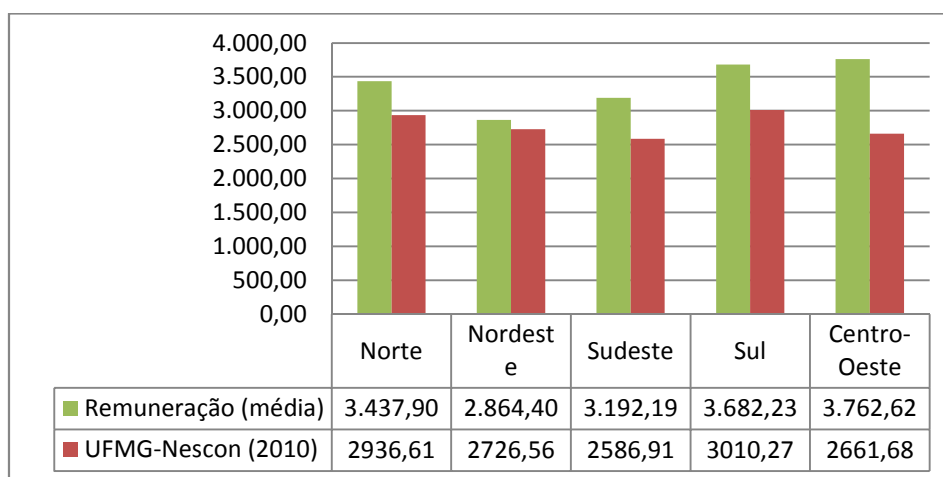
Família CBO	Nº de observações*	Média (Remuneração dezembro)	Desvio-padrão	Média (Remuneração hora)	Desvio-padrão
<b>Ocupados</b>					
<i>Profissionais ocupados</i>	58.388	3.254,99	2.244,22	31,33	27,75
<i>Profissionais “consistentes”</i>	49.832	3.744,89	2.499,51	31,66	26,11
<b>Segundo quantidade vínculos</b>					
1	42.656	3.480,39	2.358,06	32,81	27,36
2	6.184	5.244,07	2.681,89	25,80	15,76
3	869	5.448,71	2.840,28	18,51	9,86
4	111	7.827,71	2.550,74	21,73	7,74
5	9	10.781,82	4.195,56	19,74	7,74
6	3	8.655,98	4.204,96	12,67	4,50

Fonte: Rais (2010). Elaboração própria.

Conforme pode ser observado no Gráfico 8, as remunerações dos cirurgiões-dentistas obtidas pela Rais são, em média, superiores aquelas obtidas pela pesquisa UFMG-Nescon (2010). O Centro-Oeste apresenta a maior remuneração média pela Rais (possivelmente influenciada pela concentração dos funcionários públicos federal no DF), ao passo que na pesquisa UFMG-Nescon (2010) seria na região Sul.

Da mesma forma que nos dados dos enfermeiros, percebe-se uma relação direta entre a remuneração média e o porte populacional do município (gráfico 9). A remuneração média do cirurgião-dentista obtida pela UFMG-Nescon (2010) é menor que a da Rais em todas as faixas populacionais. A CHS média na ocupação cirurgião-dentista na Rais é 29,26 horas. Pelos dados da pesquisa UFMG-Nescon (2010), 88,3% dos municípios reportaram contratos de trabalho com CHS igual ou superior a 40 horas, aumentando ainda mais a disparidade na remuneração-hora média entre as duas pesquisas.

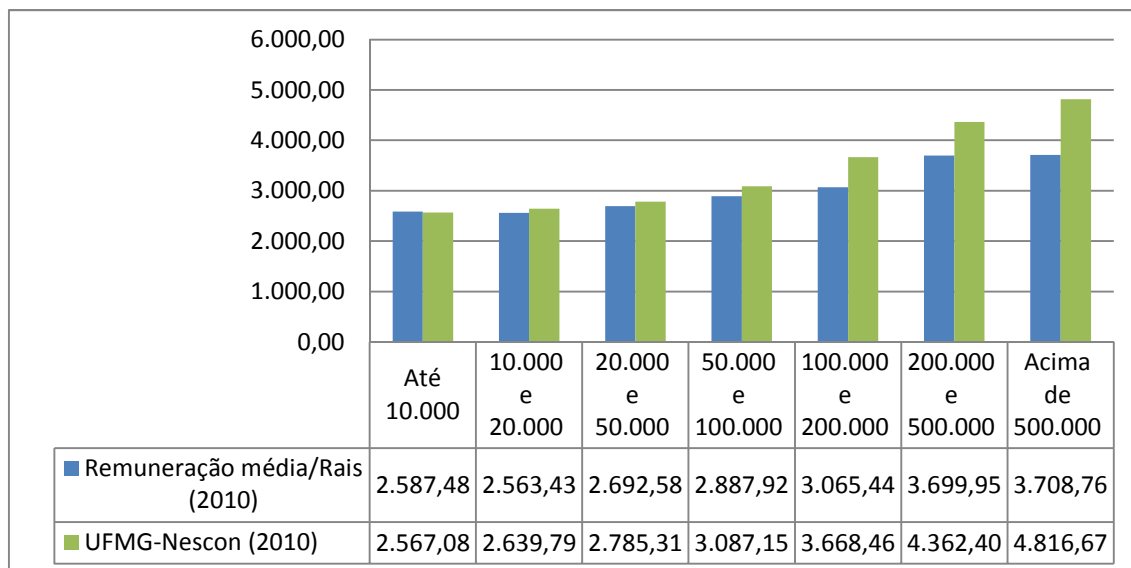
**Gráfico 8 – Comparação da remuneração do cirurgião – dentista Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010) por macrorregião**



Fonte: Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010).

Os dados por faixa populacional mostram que há relação direta entre a remuneração média e a faixa populacional dos municípios tanto nos dados da Rais quanto na pesquisa UFMG-Nescon (2010).

**Gráfico 9 – Comparação da remuneração do cirurgião – dentista Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010) por faixa populacional**



Fonte: Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010)

Se a análise passa a ser feita por porte de município e região, observam-se diferenças significativas de remuneração média, variando de R\$ 2,31 mil (Sudeste até 10 mil habitantes) a R\$ 4,88 mil (Sul, acima de R\$ 500 mil). Analisando os dados da tabela 11 percebe-se que a região Sul e a faixa populacional entre 200 e 500 mil habitantes possuem, em média, remunerações-hora acima das demais regiões e faixas populacionais. Diferentemente dos médicos e enfermeiros, a maior remuneração encontrada não está nos municípios com população acima de 500 mil habitantes do Centro-Oeste.

**Tabela 11 – Remuneração do cirurgião – dentista segundo faixa populacional dos municípios e macrorregião.**

<b>Faixa Populacional</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
Até 10.000	3.266,65	2.319,77	2.311,72	3.014,30	2.803,14
Entre 10.000 e 20.000	3.007,57	2.519,03	2.345,05	2.851,66	2.995,55
Entre 20.000 e 50.000	3.451,63	2.343,79	2.628,95	3.046,08	3.174,28
Entre 50.000 e 100.000	2.870,16	2.401,67	3.144,45	2.945,24	3.007,11
Entre 100.000 e 200.000	2.355,11	2.354,54	3.143,03	3.402,86	3.315,99
Entre 200.000 e 500.000	3.803,89	2.359,55	3.811,90	4.252,60	2.766,61
Acima de 500.000	3.534,67	3.555,65	3.416,46	4.876,83	4.549,11

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

**Tabela 12 – Remuneração-hora do cirurgião – dentista segundo faixa populacional dos municípios e macrorregião Rais (2010)**

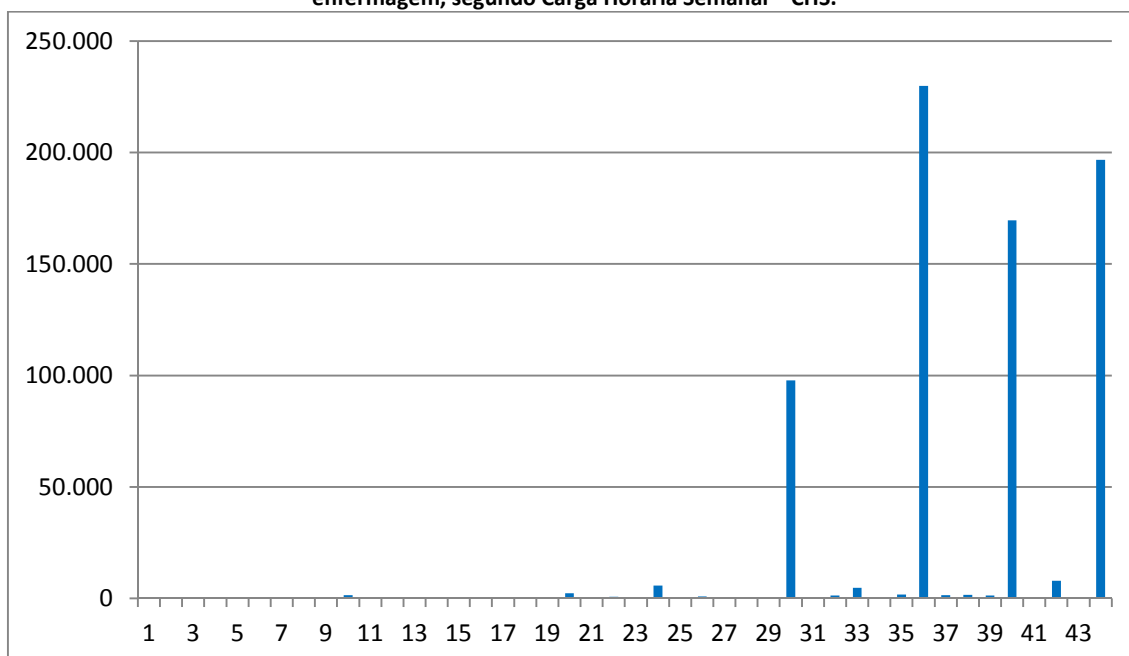
<b>Faixa populacional</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
Até 10.000 habitantes	26,02	17,21	21,54	27,95	27,42
Entre 10.000 e 20.000 habitantes	26,96	18,55	22,98	26,59	23,00
Entre 20.000 e 50.000 habitantes	25,28	18,06	27,54	29,32	28,40
Entre 50.000 e 100.000 habitantes	20,13	19,82	32,98	32,09	24,81
Entre 100.000 e 200.000 habitantes	18,86	16,79	32,72	36,12	23,95
Entre 200.000 e 500.000 habitantes	33,58	18,05	39,18	43,95	23,88
Acima de 500.000 habitantes	29,27	29,16	34,91	52,12	44,49

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

#### 5.4. Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

No caso de técnicos e auxiliares de enfermagem (família CBO 3222), foram declarados na Rais 729,7 mil postos de trabalhos ocupados e 622,8 mil profissionais consistentes. As cargas horárias contratuais desses profissionais eram elevadas, sendo, na maioria dos casos, iguais ou superiores a 36 horas semanais. A CHS média é de 38 horas semanais.

**Gráfico 10 – Distribuição dos postos de trabalhos ocupados (em 31 de dezembro) por técnicos e auxiliares de enfermagem, segundo Carga Horária Semanal – CHS.**



Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.



Em termos absolutos (tabela 13), o setor público municipal é o segundo maior contratante de técnicos e auxiliares de enfermagem, perdendo apenas para a associação privada. Em terceiro lugar encontra-se o setor público estadual e distrital. Os dois juntos empregam aproximadamente 38% do mercado de trabalho formal. A maioria dos técnicos e auxiliares de enfermagem é contratada por associação privada ou sociedade limitada, mas com participação significativa do executivo municipal e estadual.

**Tabela 13 – Distribuição dos técnicos e auxiliares de enfermagem segundo as cinco principais naturezas jurídicas contratantes e tipos de vínculos**

Natureza Jurídica do contratante	Trabalhador urbano PJ, CLT, prazo indet.	Servidor, RJU, com RPP	Servidor público não efetivo	Servidor, RJU, com RGPS	CT prazo det. (lei municipal)	Total Geral
Associação Privada	181.086	30	24	6	91	181.237
Órgão Público do Poder Executivo Municipal	12.959	104.638	20.519	21.217	6.771	166.104
Sociedade Empresária Limitada	109.516	103	22	1		109.642
Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal	1.175	68.184	8.495	1.498		79.352
Fundação Privada	40.323	1.086	2	3	2	41.416
Total Geral	345.059	174.041	29.062	22.725	6.864	577.751

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

Quanto à remuneração (tabela 14), a média estaria em torno de R\$ 1,6 mil e R\$ 9,53 por hora. No setor formal, 86,33% desses profissionais possui apenas um vínculo empregatício no mercado formal.

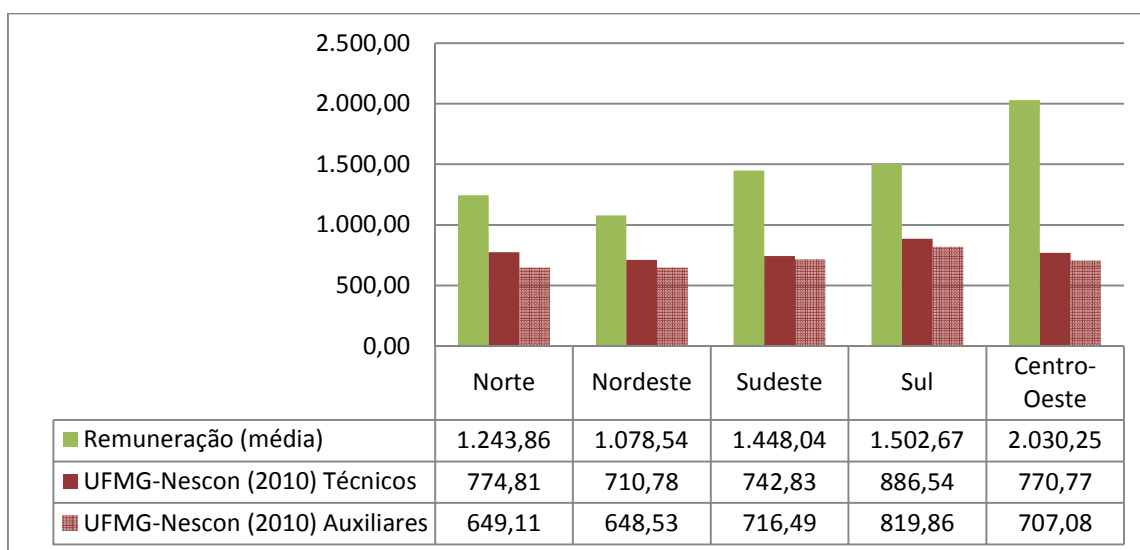
**Tabela 14 – Quantitativo e Remuneração média dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem segundo as categorias Ocupados, Profissional "consistente" e Profissional segundo quantidade de vínculos.**

Família CBO	Nº de obs.	Média (Remuneração dezembro)	Desvio-padrão	Média (Remuneração hora)	Desvio-padrão
<i>Ocupados</i>					
	699.393	1.412,74	980,21	9,54	7,41
<i>Profissionais "consistentes"</i>					
	600.883	1.605,70	1.121,31	9,53	7,31
Profissional segundo quantidade de vínculos					
1	518.747	1.460,35	1.028,45	9,69	7,68
2	75.404	2.473,70	1.234,48	8,64	4,30
3	5.981	3.056,22	1.208,39	7,74	2,99
4	711	3.263,67	888,85	6,61	1,67
5	38	3.996,47	1.607,95	6,27	2,31
6	2	4.014,87	317,43	5,53	1,55

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

Na pesquisa UFMG-Nescon (2010) as categorias de técnico e auxiliar são separadas uma vez que a pesquisa é orientada para o monitoramento do emprego da eSF, que faz essa diferenciação. Neste trabalho estamos utilizando o grupamento família (conceito explicado na seção 4 – metodologia) e, conseqüentemente, não distinguimos as duas ocupações que se encontram sob a mesma família CBO. As remunerações encontradas pela pesquisa UFMG-Nescon (2010) em ambas as ocupações eram bem menores que os valores médios verificados na família CBO de técnicos e auxiliares de enfermagem a partir dos dados da Rais (Gráfico 11).

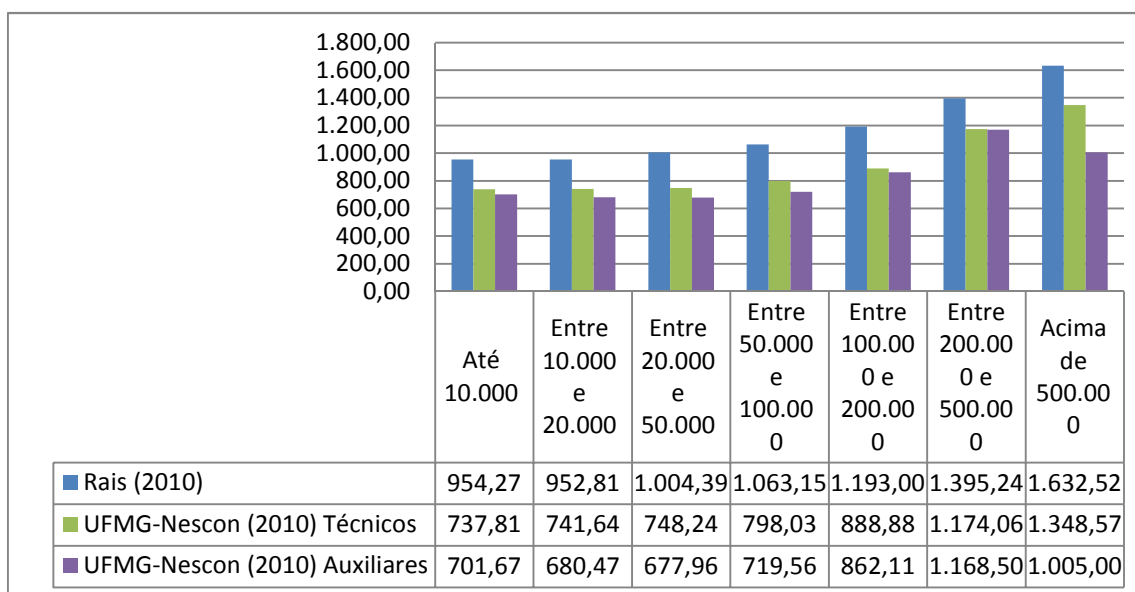
**Gráfico 11 – Comparação da remuneração dos técnicos e auxiliares de enfermagem entre Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010) segundo macrorregiões**



Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

O gráfico 12 apresenta os valores segundo as faixas populacionais. Os valores médios da Rais eram maiores em relação aos dados da pesquisa UFMG-Nescon (2010) para ambas as categorias, com a tendência de que quanto maior a faixa populacional maior é a remuneração média dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

**Gráfico 12 – Comparação da remuneração dos técnicos e auxiliares de enfermagem entre Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010) segundo faixa populacional.**



As regiões Norte, Nordeste e Sudeste tendiam a ter uma maior remuneração média e remuneração-hora média quanto maior for o porte populacional do município (tabelas 15 e 16). As maiores remuneração média e remuneração-hora média eram verificadas para os municípios da região Centro-Oeste acima de 500.000 habitantes, respectivamente, R\$ 2.584,55 e R\$ 17,24 por hora.

**Tabela 15 – Remuneração dos técnicos e auxiliares de enfermagem, segundo faixa populacional dos municípios e macrorregião Rais (2010)**

Faixa populacional	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Até 10.000	848,50	703,04	957,62	1.114,41	1.019,08
Entre 10.000 e 20.000	921,05	728,17	999,76	1.141,24	1.090,30
Entre 20.000 e 50.000	923,12	788,53	1.041,40	1.197,00	1.096,52
Entre 50.000 e 100.000	1.022,66	829,26	1.121,88	1.162,59	1.068,11
Entre 100.000 e 200.000	1.129,74	868,91	1.215,30	1.330,61	1.227,27
Entre 200.000 e 500.000	1.458,93	948,98	1.439,57	1.500,34	936,35
Acima de 500.000	1.312,77	1.276,73	1.609,71	1.907,25	2.584,55

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

**Tabela 16 – Remuneração-hora dos técnicos e auxiliares de enfermagem, segundo faixa populacional dos municípios e macrorregião Rais (2010)**

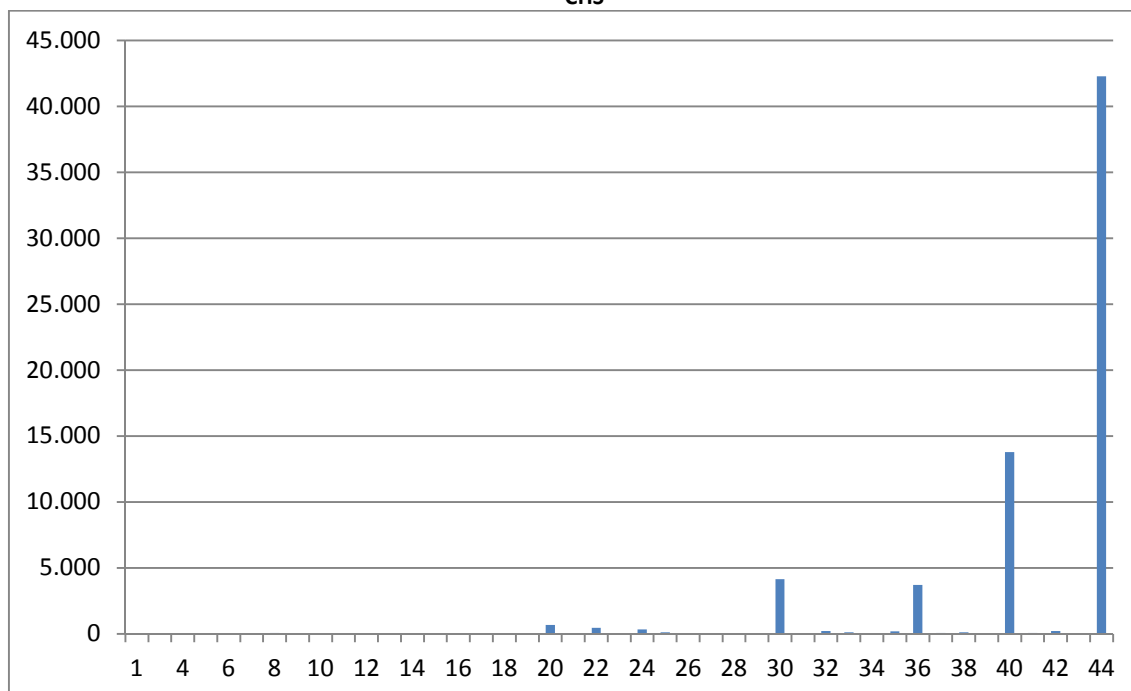
<b>Faixa populacional</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
Até 10.000	6,74	5,02	6,16	7,07	6,46
Entre 10.000 e 20.000	9,02	5,14	6,46	7,37	7,05
Entre 20.000 e 50.000	6,06	5,48	6,71	7,68	7,22
Entre 50.000 e 100.000	6,51	5,69	7,29	7,59	6,57
Entre 100.000 e 200.000	7,40	5,60	7,95	8,39	7,55
Entre 200.000 e 500.000	9,73	6,40	9,59	9,71	6,48
Acima de 500.000	10,00	8,60	11,10	13,03	17,24

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

### 5.5. Técnicos em odontologia

Foram declarados a Rais 66,9 mil postos de trabalhos ocupados por técnicos em odontologia e 65,3 mil profissionais consistentes. A maioria dos contratos formais dos postos de trabalhos ocupados por técnicos de odontologia eram para trabalhar 44 horas semanais.

**Gráfico 13 - Distribuição dos postos de trabalhos ocupados (em 31 de dezembro) segundo Carga Horária Semanal – CHS**



Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

Os órgãos do Poder Executivo municipal foram responsáveis por aproximadamente um terço dos postos de trabalho, mas a maioria estava no setor privado.

**Tabela 17 – Distribuição dos técnicos em odontologia segundo as cinco principais naturezas jurídicas contratantes e tipos de vínculos**

Natureza Jurídica do contratante	Trabalhador urbano PJ, CLT, prazo indet.	Trabalhador urbano PF, CLT, prazo indet.	Servidor, RJU, com RPP	Servidor público não efetivo	Servidor, RJU, com RGPS	Total Geral
Órgão Público do Poder Executivo Municipal	2.146		11.524	2.685	2.619	18.974
Sociedade Empresária Limitada	13.379	624	1	10		14.014
Contribuinte individual	22	12.528				12.550
Empresário (Individual)	1.874	3.267		3	5	5.149
Sociedade Simples Limitada	3.988	37				4.025
<b>Total Geral</b>	<b>21.409</b>	<b>16.456</b>	<b>11.525</b>	<b>2.698</b>	<b>2.624</b>	<b>54.712</b>

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

A remuneração média desses profissionais ficou em torno de R\$ 942,65 e R\$ 5,93 por hora trabalhada, sendo que 98,8% possui apenas um vínculo formal.

**Tabela 18 - Quantitativo e Remuneração média dos profissionais técnicos em odontologia segundo as categorias Ocupados, Profissionais “consistentes” e Profissionais segundo quantidade de vínculos.**

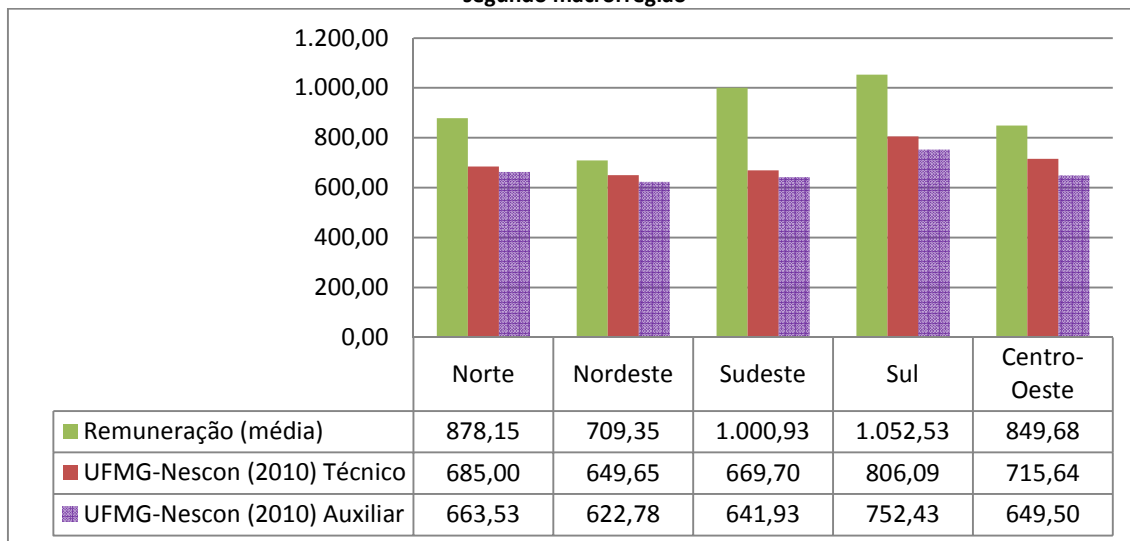
Família CBO	Nº de obs.	Média (Remuneração dezembro)	Desvio-padrão	Média (Remuneração hora)	Desvio-padrão
Ocupados	65.518	936,84	582,55	5,99	5,99
Profissionais "consistentes"	64.062	942,65	586,75	5,93	5,89
Segundo Vínculos	qt.				
1	63.301	934,48	579,00	5,93	5,92
2	640	1.668,98	829,97	6,30	3,29
3	117	1.360,35	484,43	4,13	1,19
4	4	1.716,13	750,62	4,70	1,40
Média ponderada (qt. de vínculos)		942,65		5,93	

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

Os técnicos e auxiliares de odontologia também foram tratados como uma única categoria neste trabalho diferentemente do trabalho apresentado pela UFMG-Nescon (2010) sob o mesmo argumento apresentado na seção 5.5 desta nota. As

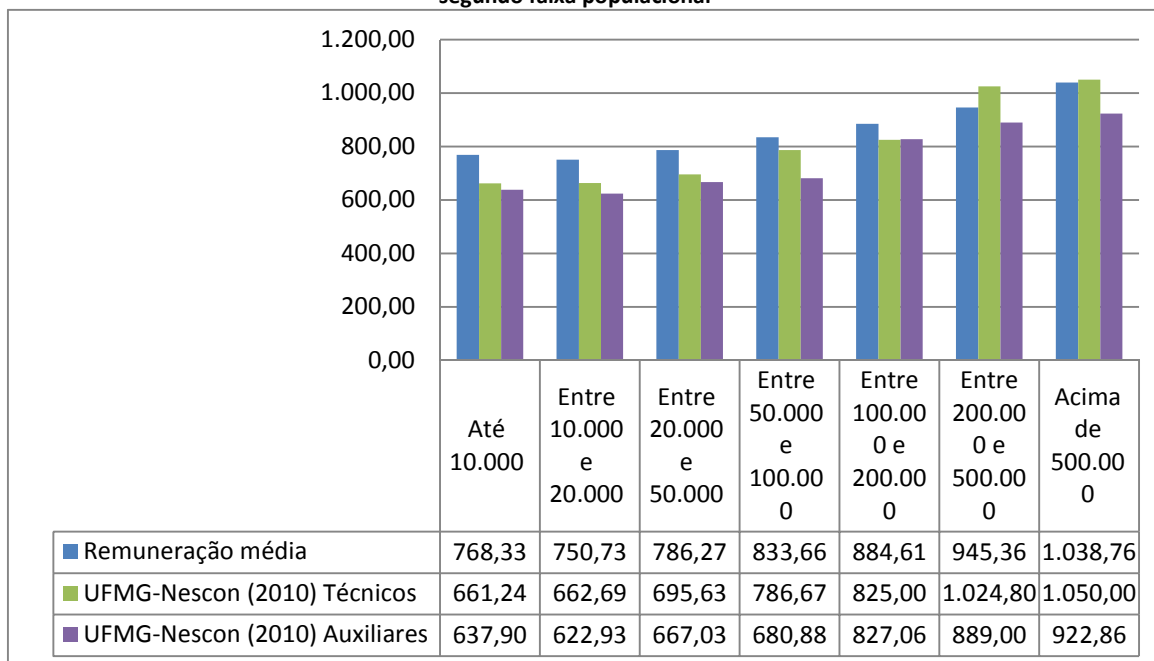
remunerações médias encontradas na Rais foram maiores que aquelas estimadas pela pesquisa UFMG-Nescon (2010) tanto para os profissionais técnicos quanto auxiliares.

**Gráfico 14 – Comparação da remuneração dos técnicos em odontologia entre Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010) segundo macrorregião**



Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

**Gráfico 15 – Comparação da remuneração dos técnicos em odontologia entre Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010) segundo faixa populacional**



Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

As remunerações médias dos técnicos e auxiliares em odontologia obtidas pela Rais possuíam uma relação direta com o porte populacional, exceto para a faixa entre 10.000 e 20.000 habitantes. Os dados das tabelas 19 e 20 mostram que os municípios da região Sul e acima de 500.000 habitantes possuíam a maior remuneração média e remuneração-hora média da categoria. Quanto maior o porte populacional, maiores eram as remunerações médias e hora média.

**Tabela 19 - Remuneração dos técnicos em odontologia, segundo faixa populacional dos municípios e região**

<b>Faixa populacional</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
Até 10.000	667,24	617,15	781,48	840,46	806,01
Entre 10.000 e 20.000	712,34	682,13	759,31	801,85	785,39
Entre 20.000 e 50.000	765,12	636,82	815,16	874,58	803,60
Entre 50.000 e 100.000	738,11	642,65	921,87	901,28	769,69
Entre 100.000 e 200.000	917,68	660,84	865,57	1.089,68	832,50
Entre 200.000 e 500.000	849,64	728,29	970,91	1.020,16	779,41
Acima de 500.000	1.008,89	759,25	1.137,17	1.263,97	879,22

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

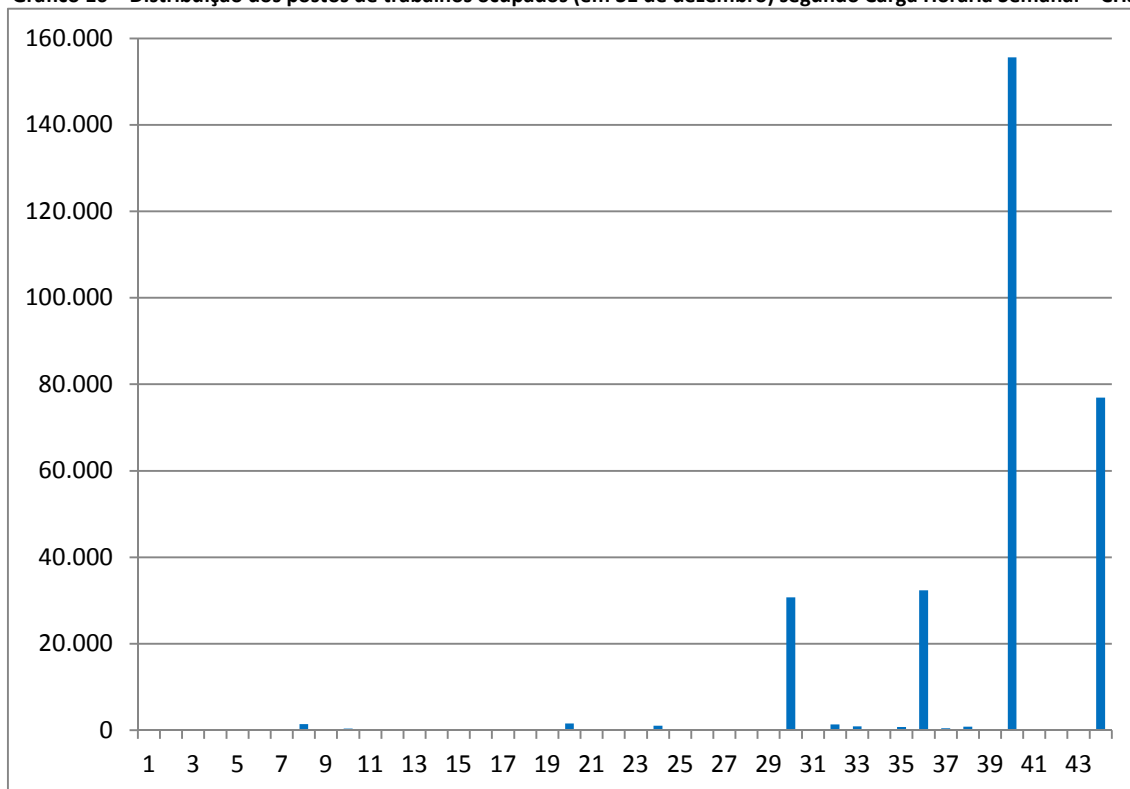
**Tabela 20 – Remuneração-hora dos técnicos em odontologia, segundo faixa populacional dos municípios e região**

<b>Faixa populacional</b>	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
Até 10.000 habitantes	4,23	4,32	4,98	5,90	5,00
Entre 10.000 e 20.000 habitantes	4,76	5,27	4,76	5,13	4,71
Entre 20.000 e 50.000 habitantes	5,13	4,16	5,19	5,46	4,95
Entre 50.000 e 100.000 habitantes	4,52	4,34	5,86	5,75	4,51
Entre 100.000 e 200.000 habitantes	5,56	4,21	5,44	6,71	5,15
Entre 200.000 e 500.000 habitantes	5,39	4,44	6,12	6,35	4,76
Acima de 500.000 habitantes	7,35	4,61	7,31	7,91	6,07

## **5.6. Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde**

A família CBO “Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde – 5151” foi utilizada para tentar captar os agentes comunitários de saúde na Rais. Essa família CBO correspondia a 305,8 mil ocupações e 291,6 mil profissionais consistentes na Rais. Os postos ocupados por esses trabalhadores apresentavam CHS mais frequentes de 40 e 44 horas.

**Gráfico 16 – Distribuição dos postos de trabalhos ocupados (em 31 de dezembro) segundo Carga Horária Semanal – CHS**



Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

**Tabela 21 - Distribuição dos trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde segundo as cinco principais naturezas jurídicas contratantes e tipos de vínculos**

Natureza do contratante	Jurídica	Servidor, RJU, com RPP	Trabalhador urbano PJ, CLT, prazo indet.	Servidor público não efetivo	Servidor, RJU, com RGPS	CT prazo det. (lei municipal)	Total Geral
Órgão Público do Poder Executivo Municipal		84.944	29.743	44.510	31.120	8.098	198.415
Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal		28.285	189	2.734	2	1	31.211
Associação Privada		23	24.495	4	17	1	24.540
Sociedade		105	7.661	2			7.768
Empresária Limitada							
Órgão Público do Poder Executivo Federal		1.034	41	2	5.527		6.604
<b>Total Geral</b>		<b>114.391</b>	<b>62.129</b>	<b>47.252</b>	<b>36.666</b>	<b>8.100</b>	<b>268.538</b>

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

A maioria deles estava vinculada a órgão público do Poder Executivo municipal, com remunerações médias em torno de R\$ 1 mil ou R\$ 12,31 por hora trabalhada e com apenas um vínculo com o mercado formal de trabalho.



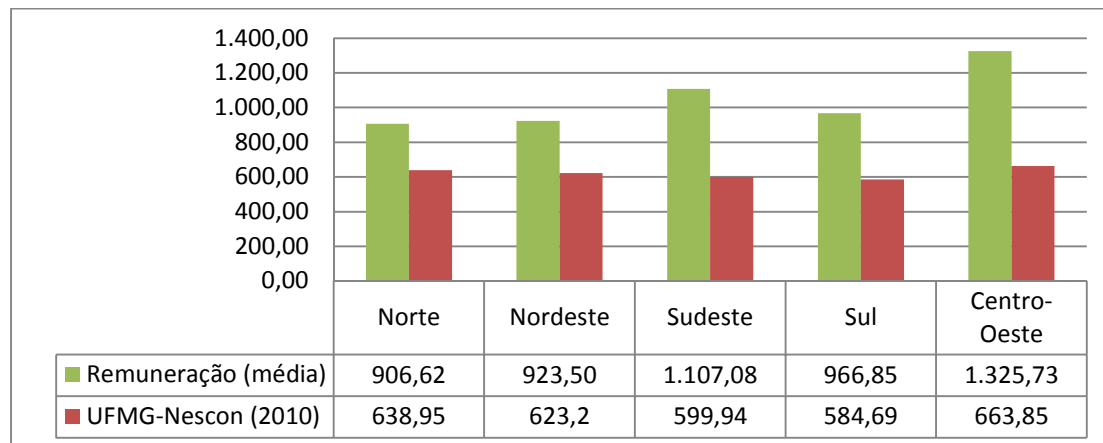
**Tabela 22– Quantitativo e Remuneração média dos Técnicos em serviços de promoção e apoio à saúde segundo as categorias Ocupados, Profissionais consistentes e Profissionais segundo quantidade de vínculos**

Família CBO	Nº de obs.	Média (Remuneração dezembro)	Desvio-padrão	Remuneração-hora Média	Desvio-padrão
<i>Ocupados</i>					
	295.562	1.021,42	998,47	6,86	7,335
<i>Profissionais "consistentes"</i>					
	283.670	1.011,88	991,99	6,68	7,11
Segundo qt. Vínculos					
1	279.657	1.005,99	989,68	6,70	7,13
2	3.919	1.408,73	1.070,01	5,19	4,54
3	93	1.973,55	543,88	5,63	1,31
5	1	3.276,36		4,40	

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

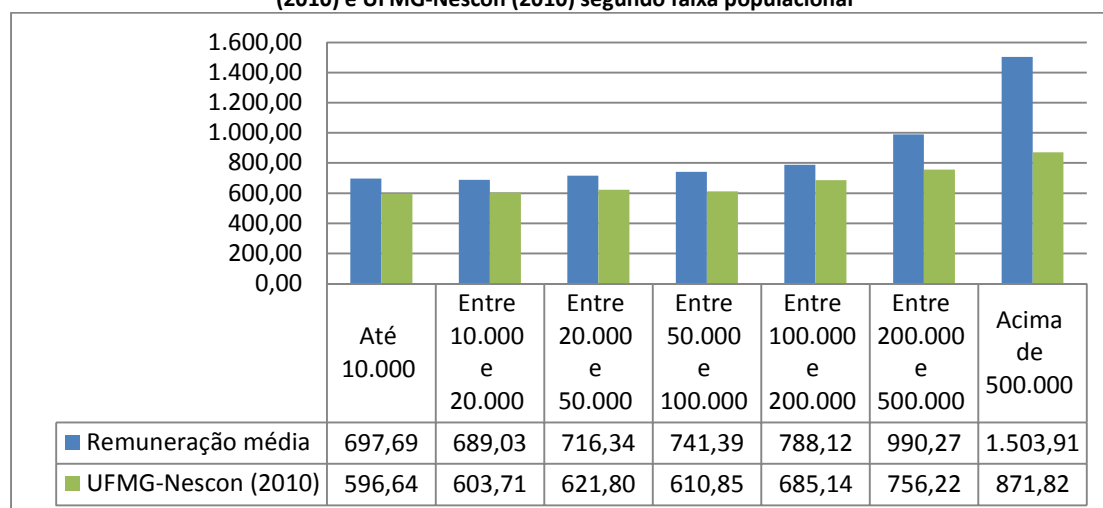
Assim como nas ocupações técnicas, as remunerações da Rais foram maiores que aquelas estimadas pela pesquisa UFMG-Nescon (2010). Ademais, parece haver alguma correlação com o porte de município: os maiores pagam remunerações mais elevadas em quase todas as regiões (tabelas 23 e 24).

**Gráfico 17 - Comparação da remuneração dos trabalhadores em atividades de promoção e apoio à saúde da Rais (2010) e da UFMG-Nescon (2010) segundo macrorregião.**



Fonte: Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010).

**Gráfico 18 - Comparação das remuneração dos trabalhadores em atividades de promoção e apoio à saúde da Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010) segundo faixa populacional**



Fonte: Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010).

**Tabela 23 – Remuneração dos trabalhadores em atividades de promoção e apoio à saúde segundo faixa populacional dos municípios e região**

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Até 10.000	713,99	661,47	716,34	697,44	738,84
Entre 10.000 e 20.000	679,81	677,87	683,49	690,08	766,99
Entre 20.000 e 50.000	682,78	699,87	739,56	741,36	762,91
Entre 50.000 e 100.000	644,09	734,92	787,11	776,47	824,01
Entre 100.000 e 200.000	657,78	785,04	819,12	799,01	792,51
Entre 200.000 e 500.000	1.291,95	709,99	949,42	981,21	1.063,32
Acima de 500.000	1.222,50	1.290,38	1.575,94	1.905,10	2.023,34

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

**Tabela 24 – Remuneração-hora dos trabalhadores em atividades de promoção e apoio à saúde segundo faixa populacional dos municípios e região**

Faixa populacional	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Até 10.000	4,89	4,87	4,43	4,44	4,98
Entre 10.000 e 20.000	4,58	4,83	4,20	4,24	4,83
Entre 20.000 e 50.000	4,71	5,34	4,56	4,54	5,59
Entre 50.000 e 100.000	4,10	5,37	4,92	4,78	5,01
Entre 100.000 e 200.000	4,19	5,20	5,12	4,96	4,90
Entre 200.000 e 500.000	8,21	4,63	6,13	6,51	6,51
Acima de 500.000	9,10	8,88	10,09	11,82	14,90

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

## 6. Estimativas de custo, comparações com o atual sistema de financiamento e limitações do resultado.

Utilizando as informações da Rais, pode-se obter uma estimativa preliminar dos custos de remuneração das ESF e das ESB (modalidade I e II). A tabela 25 apresenta essas estimativas, considerando quatro ACS por equipe (cada ACS é responsável por no máximo 750 habitantes de acordo com a PNAB).

Tabela 25 - Estimativas do custo de remunerações de ESF e ESB a partir dos dados da Rais (2010)

Composição das Equipes	Remuneração média nacional (Profissionais consistentes Rais)	Remuneração média nacional (Remuneração-hora Profissionais consistentes – CHS 40h)
Médico	8.295,60	9.056,35
Enfermeiro	3.805,25	3.655,26
Técnico ou auxiliar de enfermagem	1.605,70	1.525,40
ACS	1.011,88	1.068,13
Cirurgião-dentista	3.744,89	5.065,33
Auxiliar em saúde bucal ou Técnico em Saúde bucal	942,65	948,62
<b>ESF (4 ACS)</b>	<b>17.754,07</b>	<b>18.509,54</b>
<b>ESB - modalidade I</b>	<b>4.687,54</b>	<b>6.013,94</b>
<b>ESB - modalidade II</b>	<b>5.630,19</b>	<b>6.962,56</b>

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

Se forem consideradas as remunerações médias da Rais, para um padrão nacional, uma ESF custaria, em termos de remuneração, em 2010, R\$ 17,7 mil ou, padronizando para 40 horas semanais, R\$ 18,5 mil.

O custo médio da remuneração estimada de uma equipe de saúde bucal (ESB) modalidade I padronizado para 40 horas ficaria em torno de R\$ 6 mil e da modalidade II ficaria em torno de R\$ 6,9 mil.

Além do custo de remuneração, há custo dos encargos sociais relacionados ao empregado. Em Santana (2003), os encargos sociais eram calculados com base no tipo de contratação dos profissionais: CLT, concursado ou contrato/prestação de serviço. No caso do empregado contratado por CLT, a autora sugere que teríamos que agregar aos custos o INSS (27,5%), FGTS (8,5%), 13º salário e o adicional de férias. No caso do concursado, o INSS passaria para 21% e não haveria FGTS. O 13º salário e o adicional de férias continuariam a ser considerados. O cálculo a partir da remuneração mensal com CHS de 40 horas, contratado por meio do concurso, tomando por base os encargos sociais conforme Santana (2003) ficaria para uma ESF/mês conforme tabela 26:

**Tabela 26- Encargos sociais incidentes sobre a remuneração**

	ESF	ESB (Modalidade I)	ESB (Modalidade II)
Custo de Remuneração (salários)	18.509,54	6.013,94	6.962,56
INSS (21%)	3.887,00	1.262,93	1.462,14
Décimo Terceiro (mensal)	1.542,46	501,16	580,21
Adicional de férias (mensal)	514,15	167,05	193,40
<b>Total</b>	<b>24.453,16</b>	<b>7.945,09</b>	<b>9.198,31</b>

Fonte: Rais (2010). Elaboração dos autores.

Cabe apenas chamar atenção que nesse cômputo não estamos calculando o custo de reposição dos profissionais em período de férias ou qualquer outro tipo de afastamento permitido pela legislação.

O mesmo cálculo dos encargos pode ser aplicado para a ESB. Em termos percentuais, os encargos sociais aplicados sobre o salário mensal representam 32,1%. As modalidades I e II de uma ESB, incluindo os encargos sociais, possuem o custo mensal, respectivamente, R\$ 7.945,09 e 9.198,31.

O financiamento das ESF e ESB é de responsabilidade dos três entes federativos. Exploraremos o financiamento federal nesta nota com o objetivo de se calcular qual o percentual de participação federal no custo de uma ESF e ESB estimado.

O governo federal diferencia o repasse para uma ESF e os denomina de modalidade I e II<sup>11</sup>. Em 2010, o repasse do governo federal para uma ESF era de R\$ 9,6 mil por mês, por equipe, na modalidade I. Na modalidade II, o repasse era de R\$ 6.400,00. Outro repasse que o Ministério da Saúde realiza para as ESF é relativo aos ACS. No ano de 2010 o repasse por ACS estava fixado em R\$ 714,00<sup>12</sup>.

Além do recurso por equipe, os municípios recebem o repasse automático para a manutenção da atenção básica denominado de PAB-fixo. Em 2010, o valor per capita era de R\$ 18,00 por habitante ao ano. Supondo que estamos tratando de comparações do custo de uma ESF por mês e que cada ESF atenda a 3.000 habitantes, temos uma estimativa de repasse para um município hipotético de 3.000 habitantes de R\$ 4.500,00 por mês para o ano de 2010.

O repasse do governo federal para as modalidades I e II de uma ESB era de R\$ 2 mil e R\$ 2,6 mil respectivamente em 2010. Em alguns municípios<sup>13</sup>, as ESB modalidade I ou II fazem jus a 50% a mais sobre o valor repassado.

<sup>11</sup> Segundo a Portaria nº 3.066 de 23 de dezembro de 2008 fazem jus à modalidade I: todas as Equipes de Saúde da Família dos Municípios constantes do Anexo I da Portaria Nº 822/GM, de 17 de abril de 2006; as Equipes de Saúde da Família dos Municípios constantes do Anexo da Portaria Nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definido nesta Portaria, e as Equipes de Saúde da Família dos Municípios constantes do Anexo da Portaria Nº 2.920/GM, de 3 de dezembro de 2008, que atuam em áreas prioritárias do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - Pronasci. As equipes de saúde da família localizadas nos demais municípios fazem jus ao financiamento da modalidade II.

<sup>12</sup> Portaria nº 3.178 de 19 de outubro de 2010.

<sup>13</sup> A Portaria nº 3.066 de 23 de dezembro de 2008 estabelece em seu parágrafo único, art. 2º as ESB que podem fazer jus à 50% a mais sobre o valor transferido a depender da modalidade de ESB implantada. Todas as Equipes de Saúde Bucal dos Municípios constantes do Anexo I da Portaria Nº 822/GM, de 17 de

Além dos repasses para o custeio mensal, o MS repassa aos municípios que aderem a ESF e ESB o recurso para a implantação, em parcela única. Os valores em 2010 eram de R\$ 20.000,00 para uma ESF, em ambas modalidades, em duas parcelas de R\$ 10.000,00. As ESB recebiam em 2010, como recursos de implantação, o valor de R\$ 7.000,00. O MS disponibiliza para as ESB equipamento odontológico completo, sendo um para a modalidade I e dois para a modalidade II.

A comparação entre custo de uma ESF e ESB com os recursos repassados pelo governo federal foi feita com base nos recursos que eram repassados mensalmente como forma de custeio das equipes. Os trabalhos de custo de atenção básica referenciados nesta nota incorporaram o custo de depreciação que poderia estar diretamente relacionado com o recurso de implantação ou com o equipamento odontológico transferido aos municípios. Nos trabalhos revisados listados no Anexo I podemos ver que esse custo representa um percentual pequeno (entre 0,05% a 3,22%).

Considerando que o custo de recursos humanos (salários mais encargos sociais), em média, representam 60%<sup>14</sup> do custo total dos serviços de uma ESF, temos que o custo de uma ESF total, com CHS de 40 horas, seria aproximadamente R\$ 40.755,25 para valores de 2010. Os repasses do MS, em 2010, para ESF modalidade II, com 4 ACS, e considerando o PAB-fixo de R\$ 4.500,00 por mês somam R\$ 13.756,00. Considerando os cálculos apresentados, o repasse do MS para uma ESF representa 33,75% do custo total.

Agregando-se as ESB modalidade I e II e ainda considerando que as despesas de salários e encargos sociais representam 60% do custo, o custo total de uma ESB modalidades I e II seriam, respectivamente, R\$ 13.240,68 e R\$ 15.329,23. O repasse federal para custeio de uma ESB modalidades I e II teriam participação respectivamente de 15,1% e 17%.

As simulações apresentadas de estimativas de custos de recursos humanos das equipes, dos custos totais de uma ESF e dos valores do repasse federal para os municípios foram baseadas em algumas das muitas variações que podem existir no que diz respeito ao número de profissionais das equipes, da participação dos demais itens de custo no custo total e das modalidades de repasse federal. Apresentamos as tabela A2 e A3, no anexo, para demonstrar algumas das variações de simulação do custo e do repasse federal, respectivamente.

Os valores de custo apresentados até o momento foram baseados na média nacional da Rais. Na tabela 27, encontram-se os valores do custo de remuneração das ESF e ESB com os dados da pesquisa UFMG-Nescon (2010). Os custos médios de remuneração obtidos por esse trabalho foram 29% menores para uma ESF quando comparados com os valores da Rais; assim como as ESB modalidade I e II, 43% e 41% menores respectivamente. Na simulação do custo total de uma ESF e uma ESB,

---

abril de 2006, e as Equipes de Saúde Bucal dos Municípios constantes do Anexo da Portaria Nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008, que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definido nesta Portaria.

<sup>14</sup> O custo de recursos humanos de uma ESF considerou apenas os salários e encargos sociais dos profissionais diretamente relacionados na produção final da atenção básica. Os custos dos recursos humanos de apoio, tais como, a estrutura administrativa e os serviços de vigilância e limpeza, por exemplo, não foram considerados. Consequentemente, as simulações com o percentual de participação do custo de recursos humanos das equipes no custo total dos serviços da atenção básica podem estar subestimadas.

considerando que a despesa de pessoal mais os encargos sociais representam 60% do custo total, uma ESF e uma ESB das modalidades I e II custam respectivamente R\$ 28.864,53, R\$ 7.574,94 e R\$ 9.082,32. Em termos de participação do financiamento federal isso representa 48%, 26% e 29% respectivamente.

**Tabela 27 - Estimativas do custo de remunerações de uma ESF e ESB a partir dos dados UFMG-Nescon (2010)**

<b>Composição das Equipes</b>	<b>Pesquisa UFMG-Nescon (2010) salário médio</b>
Médico	7.477,40
Enfermeiro	2.442,50
Técnico ou auxiliar de enfermagem	736,25
ACS	613,54
Cirurgião-dentista	2.755,90
Auxiliar ou técnico em Saúde bucal	684,65
<b>ESF (4 ACS)</b>	<b>13.110,31</b>
<b>ESB - modalidade I</b>	<b>3.440,55</b>
<b>ESB - modalidade II</b>	<b>4.125,20</b>

Fonte: UFMG-Nescon (2010). Elaboração dos autores.

**Tabela 28 – Comparação das estimativas de Custo de remuneração segundo macrorregião**

Rais - Remuneração mensal (CHS de 40 horas) em R\$ mil					
	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
Médico	8,07	7,63	9,30	9,80	12,30
Enfermeiro	4,07	3,30	3,51	3,85	5,14
TEN ou AEN*	1,43	1,17	1,57	1,59	2,15
ACS	0,98	1,04	1,12	0,97	1,50
Cirurgião-dentista	4,53	3,64	5,22	6,04	5,54
ASB ou TSB**	0,95	0,72	1,02	1,06	0,90
<b>ESF (4 ACS)</b>	<b>17,51</b>	<b>16,27</b>	<b>18,87</b>	<b>19,11</b>	<b>25,58</b>
<b>ESB - modalidade I</b>	<b>5,49</b>	<b>4,36</b>	<b>6,25</b>	<b>7,10</b>	<b>6,44</b>
<b>ESB - modalidade II</b>	<b>6,44</b>	<b>5,08</b>	<b>7,27</b>	<b>8,16</b>	<b>7,34</b>
UFMG-Nescon (2010) - Remuneração mensal média em R\$ mil					
	<b>Norte</b>	<b>Nordeste</b>	<b>Sudeste</b>	<b>Sul</b>	<b>Centro-Oeste</b>
Médico	8,75	6,87	7,35	7,82	8,28
Enfermeiro	2,80	2,62	2,24	2,28	2,46
TEN ou AEN*	0,77	0,71	0,74	0,89	0,77
ACS	0,64	0,62	0,60	0,58	0,66
Cirurgião-dentista	2,94	2,73	2,59	3,01	2,66
ASB ou TSB**	0,69	0,65	0,67	0,81	0,72
<b>ESF (4 ACS)</b>	<b>14,89</b>	<b>12,70</b>	<b>12,73</b>	<b>13,33</b>	<b>14,16</b>
<b>ESB - modalidade I</b>	<b>3,62</b>	<b>3,38</b>	<b>3,26</b>	<b>3,82</b>	<b>3,38</b>
<b>ESB - modalidade II</b>	<b>4,31</b>	<b>4,03</b>	<b>3,93</b>	<b>4,62</b>	<b>4,09</b>

\*TEN/AEN – Técnico ou auxiliar de enfermagem, \*\*ASB/TSB – Auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Fonte: Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010). Elaboração dos autores.

A tabela 28 traz as informações dos custos das ESF com base na média da remuneração-hora das ocupações para equipes ESB e ESF com CHS de 40 horas e os dados médios da pesquisa do UFMG-Nescon (2010) por macrorregião.

Observa-se, a partir das informações da Rais, que apesar da região Sudeste na análise por família CBO não aparecer com remunerações médias maiores do que as demais regiões, a contratação de um profissional com CHS de 40 horas naquela região torna os custos de remuneração de ESF e ESB maiores quando comparado com as regiões Norte e Nordeste. Como era de se esperar, a região Centro-Oeste é a que tem o maior custo, ficando com o segundo maior custo a região Sul.

Os custos das equipes estimados a partir dos dados da pesquisa UFMG-Nescon (2010) eram menores quando comparados com a Rais em todas as regiões. A região Norte é a que tem o maior custo médio de remuneração, seguida da região Centro-Oeste.

A tabela 29 traz as informações dos custos das ESF com base na média da remuneração-hora das ocupações para equipes ESB e ESF com CHS de 40 horas e os dados médios da pesquisa UFMG-Nescon (2010) com recorte populacional. Observa-se uma relação direta entre o custo de remuneração e o porte do município nos dados da Rais. Os dados da pesquisa UFMG-Nescon (2010) não apresentam uma relação direta muito clara, mas as duas últimas faixas apresentam custos maiores quando comparadas com os municípios abaixo de 200.000 habitantes.

**Tabela 29 – Comparações de estimativas de custo de remuneração segundo faixa populacional em R\$ mil (2010)**

Rais - Remuneração mensal (CHS de 40 horas) em R\$ mil							
	Até 10.000	Entre 10.000 e 20.000	Entre 20.000 e 50.000	Entre 50.000 e 100.000	Entre 100.000 e 200.000	Entre 200.000 e 500.000	Acima de 500.000
Médico	8,42	8,32	8,62	8,29	9,02	9,81	9,18
Enfermeiro	2,52	2,83	2,81	2,89	2,80	3,62	4,11
TEN ou AEN*	1,00	1,04	1,05	1,11	1,23	1,48	1,79
ACS	0,75	0,73	0,80	0,79	0,80	1,02	1,63
Cirurgião-dentista	3,73	3,64	4,05	4,52	4,82	5,88	5,75
ASB ou TSB**	0,82	0,79	0,80	0,85	0,88	0,95	1,07
ESF (4 ACS)	<b>14,93</b>	<b>15,13</b>	<b>15,70</b>	<b>15,46</b>	<b>16,25</b>	<b>19,00</b>	<b>21,59</b>
ESB - modalidade I	<b>4,55</b>	<b>4,44</b>	<b>4,85</b>	<b>5,38</b>	<b>5,70</b>	<b>6,83</b>	<b>6,82</b>
ESB - modalidade II	<b>5,37</b>	<b>5,23</b>	<b>5,65</b>	<b>6,23</b>	<b>6,58</b>	<b>7,78</b>	<b>7,89</b>
UFMG-Nescon (2010) - Remuneração mensal média em R\$ mil							
Médico	7,84	7,28	7,25	6,85	7,14	7,62	7,02
Enfermeiro	2,20	2,43	2,70	2,51	2,82	3,18	4,15
TEN ou AEN*	0,74	0,74	0,75	0,80	0,89	1,17	1,35
ACS	0,60	0,60	0,62	0,61	0,69	0,76	0,87
Cirurgião-dentista	2,57	2,64	2,79	3,09	3,67	4,36	4,82
ASB ou TSB**	0,66	0,66	0,70	0,79	0,83	1,02	1,05
ESF (4 ACS)	<b>13,16</b>	<b>12,86</b>	<b>13,18</b>	<b>12,60</b>	<b>13,59</b>	<b>15,00</b>	<b>16,00</b>
ESB - modalidade I	<b>3,23</b>	<b>3,30</b>	<b>3,48</b>	<b>3,87</b>	<b>4,49</b>	<b>5,39</b>	<b>5,87</b>
ESB - modalidade II	<b>3,89</b>	<b>3,97</b>	<b>4,18</b>	<b>4,66</b>	<b>5,32</b>	<b>6,41</b>	<b>6,92</b>

Fonte: Rais (2010) e UFMG-Nescon (2010). Elaboração dos autores.



## 7. Discussão sobre a representatividade do mercado de trabalho em saúde na Rais: comparações com outras bases

Como a Rais é um registro administrativo que traz informações sobre pessoas com vínculo empregatício e é informado pelas empresas, haverá casos de pessoas ocupadas no setor saúde não informados nessa base. Entre outros, há casos de profissionais que tem consultório com CNPJ e não tem empregados. Esses casos apareceriam na Rais Negativa<sup>15</sup>, mas não temos acesso a essas informações. Há, também, casos de profissionais de saúde atuando sem carteira de trabalho assinada ou como autônomos/profissional liberal, sem CNPJ. Assim, uma das limitações da Rais refere-se ao fato de cobrir apenas o mercado de trabalho formal. Por isso, essa seção discute a representatividade das informações dessa base para as ocupações de nível superior analisadas nessa nota (Quadro 4).

Os resultados obtidos a partir da Rais foram comparados com aqueles obtidos a partir de três outras fontes de informação. Essa questão refere-se mais a análise de mercado de trabalho, visto que a quantidade utilizada para estimar os custos foi a parametrizada pela PNAB.

Para comparação foram utilizados os dados apresentados no indicador E.1 – Indicadores de recursos<sup>16</sup> da publicação *Indicadores e Dados Básicos de Saúde (IDB)* da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa) que tem por fonte os registros dos conselhos profissionais. Foram utilizadas, também, as informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para dezembro de 2010.

Como se pode observar, no caso dos médicos, se forem considerados aqueles com registro ativo nos conselhos profissionais, esses totalizaram, em 2010, 355 mil, os dados da Rais para profissionais “consistentes” representariam 49,5% desse universo. Todavia, cabe ressaltar que nem todos que estão registrados nos conselhos efetivamente estão ocupados.

No caso do CNES, em dezembro de 2010, o número de médicos (profissionais) informados (290,6 mil) e ocupações (880,8 mil) eram bem superiores aos da RAIS. Será necessário realizar, posteriormente, cruzamento do CNES com a Rais para verificar as consistências, se as informações do CNES referem-se a vínculos ativos e quais são as informações comuns entre essas bases.

Com relação aos cirurgiões-dentistas, utilizando um indicador da Ripsa (proveniente da informação dos conselhos), havia 242,3 mil profissionais com registro ativo em 2010. Esse número é bem maior que aquele obtido para profissionais “consistentes” pela RAIS (51,3 mil). Assim, essa proporção para dentistas aparentemente é maior do que para médicos, quando se compara o registrado nos conselhos com os dados da Rais. Uma hipótese é que um número maior de médicos teria, pelo menos, uma ocupação formal.

---

<sup>15</sup> “É a declaração da Rais, na qual são fornecidos somente os dados cadastrais do estabelecimento, cadastrado com CNPJ, quando o mesmo não teve empregado durante o ano-base” In: [http://www.rais.gov.br/neg\\_gerenciar.asp](http://www.rais.gov.br/neg_gerenciar.asp) (acesso em 23 de fevereiro de 2013)

<sup>16</sup> Os dados da Ripsa estão disponíveis em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2011/e01.def>>

Os enfermeiros com registro ativo nos conselhos totalizavam 287,1 mil em 2010, conforme indicador da Ripsa. Esses dados são superiores aqueles encontrados para profissionais “consistentes” na Rais (144,6 mil).

Ainda será feita uma análise de consistência da Rais com o Censo, até porque esta fonte, assim como a Rais, apresenta informações sobre remuneração as quais não estão presentes no CNES ou no registro dos conselhos profissionais. Em uma análise preliminar dos dados do Censo, a remuneração média mensal dos médicos, graduados em medicina, trabalhando no setor formal era de R\$ 7,1 mil e a remuneração-hora<sup>17</sup> era de R\$ 46,1, com uma média de 41 horas trabalhadas por semana. A remuneração padronizada para 40 horas semanais é igual a R\$8,3 mil. Ao se considerar a renda de todos os trabalhos, observa-se um aumento da renda média para R\$ 9,6 mil. Porém, não se tem informação sobre as horas trabalhadas em todos os trabalhos<sup>18</sup>. Para os enfermeiros, a remuneração média foi estimada em R\$ 2,4 mil e a remuneração-hora ficaria em torno de R\$ 15,9. No caso dos dentistas, as estimativas a partir do Censo ficariam em R\$ 3,6 mil e R\$ 29,1 por hora. Esses valores não são muito diferentes daqueles que foram obtidos pela RAIS. Contudo, quando se considera outras ocupações, particularmente empregadores e conta-própria, no caso dos médicos, a remuneração-hora do trabalho principal aumenta para R\$ 52,1, indicando o efeito dessas ocupações sobre as remunerações.

Para as equipes da estratégia de Saúde da Família, as comparações com a pesquisa do Nescon indicariam valores próximos da Rais, ou seja, que esta base permite obter estimativas que possibilitam acompanhar a remuneração dos médicos da ESF. Assim, será necessário realizar análise sobre formação de remuneração dos profissionais de saúde, visto que não é esse o objetivo dessa nota.

## **8. Considerações Finais**

Essa nota buscou apresentar uma metodologia e resultados preliminares das estimações de custo da atenção básica a partir das informações da Rais. Essa base permite detalhar as informações sobre remuneração, forma de contratação, horas trabalhadas e, a partir delas, apresentar algumas estimativas de custo.

As estimativas mostram um peso maior da remuneração dos médicos com relação ao total dos custos com recursos humanos em saúde. O custo médio nacional da ESF, padronizado para uma carga horária de 40 horas/semanais, ficou em R\$ 18 mil sem encargos - variando de R\$ 16,2 mil no Nordeste a R\$ 25,6 mil no Centro-Oeste. Esses valores foram superiores aqueles estimados utilizando as remunerações médias da pesquisa UFMG-Nescon (2010), os quais foram, em média, de R\$ 13,1 mil, variando de R\$ 12,7 mil no Nordeste para R\$ 14,9 mil na região Norte (referindo-se, na maioria dos casos, a contratos de 40 horas/semanais).

---

<sup>17</sup> Assim como trabalhado na Rais, o cálculo da remuneração-hora considerou 4,5 semanas no mês.

<sup>18</sup> Ao utilizar as informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, observa-se que outros trabalhos elevam a renda dos médicos. O rendimento-hora do trabalho principal era de R\$ 45,9 e de todos os trabalhos, R\$ 50,6. Contudo, o maior aumento na remuneração deve-se a posição ocupada por esse profissional. Ao se incluir os empregadores e os trabalhadores por conta-própria, a remuneração-hora no trabalho principal aumenta para R\$ 51,6 e a de todos os trabalhos para R\$ 59,9. Essa estimativa considerou somente os profissionais que eram médicos tanto no trabalho principal quanto na segunda ocupação.

As ESB, modalidade I e II, apresentam um custo médio estimado de, aproximadamente, R\$ 6 mil e R\$ 7 mil respectivamente, variando de R\$ 4,4 mil no Nordeste a R\$ 7,1 mil no Sul (modalidade I) e R\$ 5,1 mil no Nordeste a R\$ 8,2 mil no Sul. As estimativas de UFMG-Nescon (2010) foram, em média, de R\$ 3,4 mil e R\$ 4,1 mil, respectivamente para as modalidades I e II das ESB.

Quanto aos custos da Rais, adicionando-se estimativas dos encargos trabalhistas, obtém-se um custo de recursos humanos estimado em, aproximadamente, R\$ 24,4 mil para as ESF e R\$ 7,9 mil e R\$ 9,2 mil para as ESB modalidade I e modalidade II, respectivamente.

Os resultados da revisão da literatura indicam que esses custos representavam entre 50% e 90% do custo total da atenção básica. Ao se aplicar esses percentuais aos custos estimados de recursos humanos para simular o custo total da atenção básica, considerando uma ESF mais uma ESB modalidade I, obtém-se R\$ 35,8 mil (aplicando o percentual de 90%), R\$ 53,8 mil (aplicando percentual de 60%) e R\$ 64,6 mil (para o percentual de 50%).

Todavia, verifica-se, também, na comparação da Rais com outras bases de dados, que há que se analisar com mais detalhe e profundidade o impacto da informalidade sobre as remunerações das ocupações que mais interessam para a atenção básica em saúde. Para isso, será necessário aprofundar as análises a partir do Censo, da própria RAIS e agregar outras bases de dados que permitam avaliar, também, a consistência dos quantitativos de profissionais apresentados pela Rais, como, por exemplo, o CNES. Deve-se avançar, também, a análise das informações obtidas a partir das pesquisas da UFMG-Nescon.

Algumas limitações dos resultados merecem destaque. As estimativas de custos apresentadas baseiam-se numa análise estática e, portanto, não têm por objetivo apresentar estimativas de remunerações que atraiam e fixem os profissionais necessários para a formação das equipes. Apesar da remuneração ser um fator importante para atrair trabalhadores, estudos nessa área apontam que, a partir de um determinado nível de salário, fatores não-financeiros também se tornam importantes, principalmente para médicos. Campos *et al* (2009) apontam que estudos africanos detectaram que a oferta de educação permanente, da telemedicina, da melhoria das condições de moradia e outros, tendem a aumentar os resultados de políticas de atração e fixação de médicos em áreas de elevada escassez.

Pretende-se, também, avançar na revisão da literatura sobre determinantes das remunerações de médicos, enfermeiros, dentistas e de outras ocupações de interesse para análises de custos da atenção básica. Será necessário avançar, também, nas estimativas dos outros componentes que compõem os custos (manutenção da infraestrutura, equipamentos, medicamentos e outros custeios).

A revisão da literatura sobre os estudos de custo em atenção básica indica que a representatividade nacional dos estudos é limitada. Além disso, há defasagem dos estudos, principalmente o estudo nacional (FGV, 2001). A composição dos custos e a participação relativa dos itens de custo podem ter se alterado na última década. Essas alterações podem ser explicadas, por exemplo, por diferenciais de produtividade entre os setores com consequência na determinação dos preços dos insumos. Como esta nota avançou apenas em um dos itens de custo, é necessário cuidado na utilização dos resultados. Após estimar os gastos tripartites e os custos da atenção básica, será necessário discutir os parâmetros das estimativas das necessidades de financiamento e

realizar algumas simulações. Por exemplo, a partir do conhecimento da situação atual da infraestrutura de atendimento nos municípios, é possível definir um percentual para cada tipo de necessidade de investimento em infraestrutura. Isso poderia ser feito pela comparação entre quantas UBS estão adequadas para os padrões de atendimento preconizados pela PNAB, quantas estão perto do padrão com alguma necessidade de ampliação para adequação, e assim sucessivamente. A partir dessas informações é possível realizar estimativas de quanto seria necessário para que toda a infraestrutura estivesse de acordo com os parâmetros da política e ter medidas de custos para esses diversos cenários. Outra questão a ser incorporada nessa discussão de necessidade de financiamento está relacionada à cobertura a ser alcançada pela eSF. Fará diferença no custo, e, portanto, nessa necessidade, se a meta for, por exemplo, 75% ou 100% de cobertura populacional.

Anexo I – Quadro Resumo da revisão da literatura em estudos de custo da Atenção Básica

Referência	Ano dos dados utilizados	Técnica utilizada para estimação dos custos	Estrutura de Custo utilizada e participação no total
CASTRO (2000, p. 122)	1998	Custeio por absorção	<p>Média dos centros de custos produtivos (28 Unidades do Programa Saúde da Família):</p> <p><b>Custos diretos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Folha de pagamento – 62,99%</li> <li>2. Material de consumo - 16,72%</li> <li>3. Exames e diagnósticos - 3,14%</li> <li>4. Outros serviços e encargos - 1,70%</li> </ol> <p><b>Custos indiretos (rateio)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Bens depreciados - 0,98%</li> <li>6. Custos indiretos (valores rateados) - 9,20%</li> <li>7. Custo do Centro de administrativo - 5,26%</li> </ol>
BRASIL (2001, p. 47 e 48)	2000/2001	Custeio por absorção	<p>Valores das equipes básica e ampliada* respectivamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salários e encargos – 46,62%, 38,34%</li> <li>2. Medicamentos – 12,55%, 5,47%</li> <li>3. Vacinas – 1,18%, 1,48%</li> <li>4. Material de enfermagem – 2,84%, 1,99%</li> <li>5. Depreciação de material permanente – 1,95%, 2,30%</li> <li>6. Exames realizados – 6,32%, 6,03%</li> <li>7. Despesas de transporte – 9,43%, 7,30%</li> <li>8. Despesas administrativas, serviços diversos e despesas gerais – 15%, 6,39%</li> <li>9. Salários e encargos (odontólogos) – N.A, 9,15%</li> <li>10. Salários de outros profissionais de odontologia – N.A, 6,92%</li> <li>11. Material odontológico – N.A, 2,75%</li> <li>12. Depreciação do material odontológico – N.A, 0,92%</li> <li>13. Salários e encargos (outros) – 4,11%, 10,96%</li> </ol>
CASTRO <i>et al</i> (2007, p. 97)		Custeio por absorção	Custos das unidades básicas do PSF e tradicional:

	2002		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Custos diretos – 90,22%, 90,10%</li> <li>2. Custos indiretos – 9,77%, 9,89%</li> </ol>
CASTRO e MARINHO (2007, p. 304)	2002	Custeio por absorção	Participação dos itens de custo em 1998 e 2002 respectivamente: <b>Custos diretos</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Material de consumo – 16,86%, 13,10%</li> <li>2. Outros serviços e encargos – 1,85%, 3,80%</li> <li>3. Pessoal – 63,30%, 65,52%</li> <li>4. Exames e diagnósticos solicitados – 3,08%, 5,96%</li> </ol> <b>Custos indiretos (rateios) – 14,88%, 8,50%</b>
SANTANA (2003, p. 33)	2002	Custeio por absorção	Participação dos itens de custo em municípios de grande, médio e pequeno porte: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salários e encargos sociais – 66,3%, 62,2%, 68,4%</li> <li>2. Material permanente da unidade (depreciação) – 0,6%, 0,3%, 0,3%</li> <li>3. Equipamento odontológico – 0,8%, 0,4%, 0,8%</li> <li>4. Material de consumo de enfermagem – 1,4%, 1,8%, 2,5%</li> <li>5. Material de consumo odontológico – 0,7%, 0,4%, 2,4%</li> <li>6. Medicamentos – 3,5%, 1,8%, 4,9%</li> <li>7. Vacinas – 2,1%, 1,0%, 3,1%</li> <li>8. Exames Laboratoriais – 3,8%, 22,3%, 9,5%</li> <li>9. Despesas de Transporte – 3,0%, 0,5%, 2,7%</li> <li>10. Despesas Gerais – 4,7%, 4,0%, 2,9%</li> <li>11. Despesas Administrativas – 13,1%, 5,4%, 2,5%</li> </ol>
ROCHA FILHO e SILVA (2005, p.107)	2004	Custeio por absorção	Participação dos itens de custo na equipe vermelha da UBASF TP (alta produtividade e custo geral considerado típico): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Profissionais da equipe – 62,22%</li> <li>2. Pessoal de apoio – 13,21%</li> <li>3. Transporte – 3,47%</li> <li>4. Energia, água e telefonia – 2,24%</li> <li>5. Medicamentos – 18,87%</li> </ol>
BARBOSA, RÊGO e REZENDE (2008, tabela 1)	2005 e 2006	Custeio ABC	Custo por equipe do PSF em 2005 e 2006: <b>Custo direto</b>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Despesas com Pessoal – 82,27%, 93,97%</li> <li>2. Outros materiais de consumo – 0,44%, 0,53%</li> <li>3. Equipamentos e material permanente – 0,45%, 0,32%</li> <li>4. CAGEPA (Companhia de Água de Esgotos da Paraíba) – 0,45%, 0,33%</li> <li>5. SAELPA (Sociedade Anônima de Eletrificação da Paraíba) – 0,30%, 0,43%</li> <li>6. Aluguel de imóveis – 1,67%, 1,69%</li> <li>7. Medicamentos e Material médico – 7,97%, 9,08%</li> <li>8. Serviços diversos (manutenção, conservação, limpeza, serv. bancários ) – 1,89%, 2,14%</li> </ol> <p><b>Custo indireto</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Gastos com alimentação das equipes – 2,24%, 3,72%</li> <li>10. Custos Indiretos: Transportes da Equipe do PSF (médicos) - 2,38%, 2,31%</li> </ol>
COUTO (2007)	2007	Custeio por absorção	<p>Participação dos custos, respectivamente, centro de saúde, Unidade Saúde da Família (USF) – zona urbana e USF – zona rural:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Salários e Encargos Sociais - 82,68%, 91,58%, 88,22%</li> <li>2. Medicamentos - 7,20%, 3,86%, 2,57%</li> <li>3. Material Médico-Hospitalar - 0,60%, 0,70%, 0,24%</li> <li>4. Odontologia - 1,29%, 0,43%, 0,39%</li> <li>5. Planejamento Familiar - 0,01%, 0,02%</li> <li>6. Programa de Suplemento de Ferro – 0,06%, 0,14%, 0,12%</li> <li>7. Expediente - 0,08%, 0,05%, 0,03%</li> <li>8. Permanente - 0,26%, 0,20%, 0,05%</li> <li>9. Limpeza - 0,16%, 0,15%, 0,09%</li> <li>10. Aluguel de imóvel - 3,76%, N.A, N.A,</li> <li>11. Aluguel de veículos – N.A, N.A,6,17%</li> <li>12. Água - 0,63%, 0,48%, 0,8%</li> <li>13. Energia - 0,36%, 0,41%, 0,38%</li> <li>14. Telefone - 0,65%, 0,64%, 0,49%</li> <li>15. Vale-transporte - 2,03%, 1,15%, 0,45%</li> <li>16. Vigilância sanitária - 0,24%, 0,29%</li> </ol>

\* A definição de equipe básica e ampliada encontra-se na página 17 em Brasil (2001).

N.A (Não Aplicável)

**A2 – Simulações do custo da atenção básica a partir dos dados da Rais (2010).**

Custo de RH considerando uma ESF e uma ESB modalidade II (salários + encargos sociais) com 6 ACS, CHS 40, média Rais (2010)	Simulações da participação do custo de RH no custo total	Custo total
ESF ( com 6 ACS)	27.273,11 Se custo de RH 50% do custo total	72.941,30
ESB modalidade II	9.197,54 Se custo de RH 60% do custo total	60.784,42
<b>Total ESF (com 6 ACS) + ESB mod. II</b>	<b>36.470,65</b> Se custo de RH 70% do custo total	<b>52.100,93</b>
	Se custo de RH 80% do custo total	45.588,31
	Se custo de RH 90% do custo total	40.522,95

Fonte: Rais (2010).



**A3 – Estimativas do repasse federal ao custeio de uma ESF e uma ESB segundo modalidades.**

Repasse Federal (valores de 2010)	Valores repassados por ESF+ESB (mod. II)*
Se ESF atende 3.000 habitantes, com 6 ACS, ESF modalidade I e ESB modalidade I (com 50% a mais)	21.384,00
Se ESF atende 3.000 habitantes, com 6 ACS, ESF modalidade I e ESB modalidade II (com 50% a mais)	22.284,00
Se ESF atende 3.000 habitantes, com 6 ACS, ESF modalidade II e ESB modalidade I	17.184,00
Se ESF atende 3.000 habitantes, com 6 ACS, ESF modalidade II e ESB modalidade II	17.784,00
Se ESF atende 4.000 habitantes, com 6 ACS, ESF modalidade I e ESB modalidade I (com 50% a mais)	22.884,00
Se ESF atende 4.000 habitantes, com 6 ACS, ESF modalidade I e ESB modalidade II (com 50% a mais)	23.784,00
Se ESF atende 4.000 habitantes, com 6 ACS, ESF modalidade II e ESB modalidade I	18.684,00
Se ESF atende 4.000 habitantes, com 6 ACS, ESF modalidade II e ESB modalidade II	19.284,00

*Fonte: Brasil (2011b). \* Para o cálculo dos valores repassados consideramos o PAB-fixo de R\$ 18,00 per capita ano em base mensal, resultando em R\$ 4.500,00 para 3.000 habitantes e R\$ 6.000,00 para 4.000 habitantes; repasse por ACS de R\$ 714,00; ESF modalidade I de R\$ 9.600,00 e modalidade II de R\$ 6.400,00; ESB modalidade I de R\$ 2.000,00 e modalidade II de R\$ 2.600,00 com acréscimo de 50% quando em localidades que a ESF é modalidade I.*

## Referência Bibliográfica

BARBOSA, E.S.; RÊGO, T.F.; REZENDE, I.C.C. O custo do Programa de Saúde da Família: um estudo de caso do município de Sapé/PB. In: **XV Congresso Brasileiro de Custos**. Curitiba, 2008 (Anais)

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Reforsus – CNPq “Determinação do custo do programa de saúde da família – PSF”. Relatório Final: Volume I/III - Consórcio FGV – EPOS Health Consultants, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Anual de Informações Sociais – Identificada. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo das ações do departamento de atenção básica. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de gestão 2010. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>. Acessado em: 1º de fevereiro de 2013.

CASTRO, J.D. **A utilização do sistema de custeio por absorção para avaliar custos da atenção básica de saúde: reformulações e aprimoramentos metodológicos**. 2000. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas.

CASTRO, J.D.; MARINHO, M.E. Os custos do programa de saúde da família de Porto Alegre – 1998 e 2000. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.2, nº8, jan/mar, 2007.

CASTRO, J.D.; ROCHA, V.; MARINHO, M.; PINTO, S. Custo-efetividade: comparação entre o modelo “tradicional” e o Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.3, n.10, p.91-98, jul/set 2007.

CASTRO, P. S. **Aferição de custos em unidades básicas de saúde: revisão integrativa da literatura**. 138p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

COUTO, P.A. Avaliação econômica da atenção básica no município de Vitória da Conquista – Bahia. In: VIII Encontro ABRES, 2007 “Democracia, universalidade e economia da saúde”. PUC, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://143.54.230.147/abres/site/arquivos/anais.php#>

ROCHA FILHO, F.D.S.; SILVA, M.G.C. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 919-928, mai/jun, 2009.

SANTANA, E.M. Avaliação econômica do programa de saúde da família (PSF) em municípios do estado da Bahia: um estudo de custos. Relatório de pesquisa. Salvador: UFBA / ISC (Acordo de cooperação técnica Brasil – Reino Unido, MS/IPEA/DFID), 2003.

VIEIRA, R.S.; SERVO, L.M.S. Nota técnica sobre a primeira fase do desenvolvimento da metodologia da pesquisa “Necessidade de financiamento da saúde: começando pela atenção básica”. Brasília, 2012. Mimeo.

UFMG. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva–NESCON. Monitoramento da qualidade do emprego na estratégia saúde da família – Relatório Final. Belo Horizonte, julho, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2458.pdf>. Acessado em: 19 de dezembro de 2012.