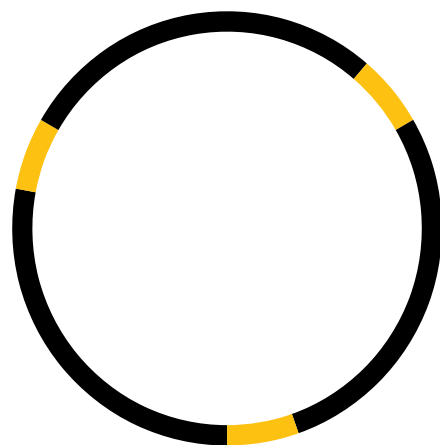
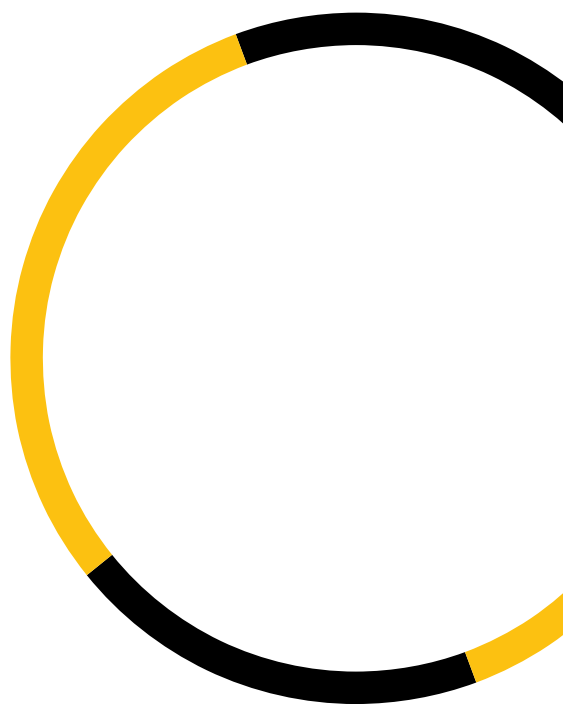




5

Profissionais de Saúde: a prática entre o setor público e privado no Brasil





Profissionais de Saúde: a prática entre o setor público e privado no Brasil



REALIZAÇÃO

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Umane

APOIO

National Institute for Health and Care Research (NIHR)

COORDENAÇÃO

Rudi Rocha

REVISÃO TÉCNICA

Leonardo Rosa, Helena Arruda,

Vinicius Peçanha, Paulo Chapchap

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Fábrica de Ideias Brasileiras

AGRADECIMENTOS

Este projeto recebeu comentários e críticas de oficinas com especialistas e representantes da academia, do governo e de entidades do setor privado e da sociedade civil. Agradecemos a todas as pessoas que contribuíram para este trabalho.

CREATIVE COMMONS


Permitida a reprodução sem fins lucrativos, parcial ou total, por qualquer meio, se citados a fonte e os Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e Umane como instituições responsáveis.

IEPS.ORG.BR | UMANE.ORG.BR



Sumário

	Apresentação	6
	Sumário Executivo	7
5.1	Introdução	10
5.2	Métodos e dados	13
5.3	Análise dos médicos por tipo de vínculo: privado, público ou simultâneo	15
5.4	Análise dos enfermeiros por tipo de vínculo: privado, público ou simultâneo	31
5.5	Reflexões finais	41
	Referências	43
	Anexos	45





IEPS

Instituto de Estudos
para Políticas de Saúde

PROFISSIONAIS DE SAÚDE: a prática entre o setor público e privado no Brasil

Biografia dos autores

KAREN CODAZZI

Bolsista de doutorado do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). Economista e mestra pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutoranda em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas (FGV/EAESP). Foi pesquisadora do International Policy Centre for Inclusive Growth, na área de avaliação de políticas de proteção social entre 2021 e 2022. Atuou na área de Economia do Direito na LCA Consultores entre 2017 e 2020.



Apresentação

Este estudo faz parte da pesquisa Setor Privado e Relações Público-Privadas da Saúde no Brasil: Em Busca do Seguro Perdido, resultado de uma parceria entre o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e a Umane, que apresenta um panorama inédito e profundo sobre o setor privado de saúde no Brasil e suas relações com o setor público.

Ao todo, a pesquisa reúne nove estudos que abordam aspectos fundamentais do setor privado em saúde. Os diagnósticos foram construídos ao longo de um ano de trabalho e contou com a colaboração de pesquisadores e autoridades públicas em oficinas de discussão, entrevistas e análise de dezenas de bases de dados.

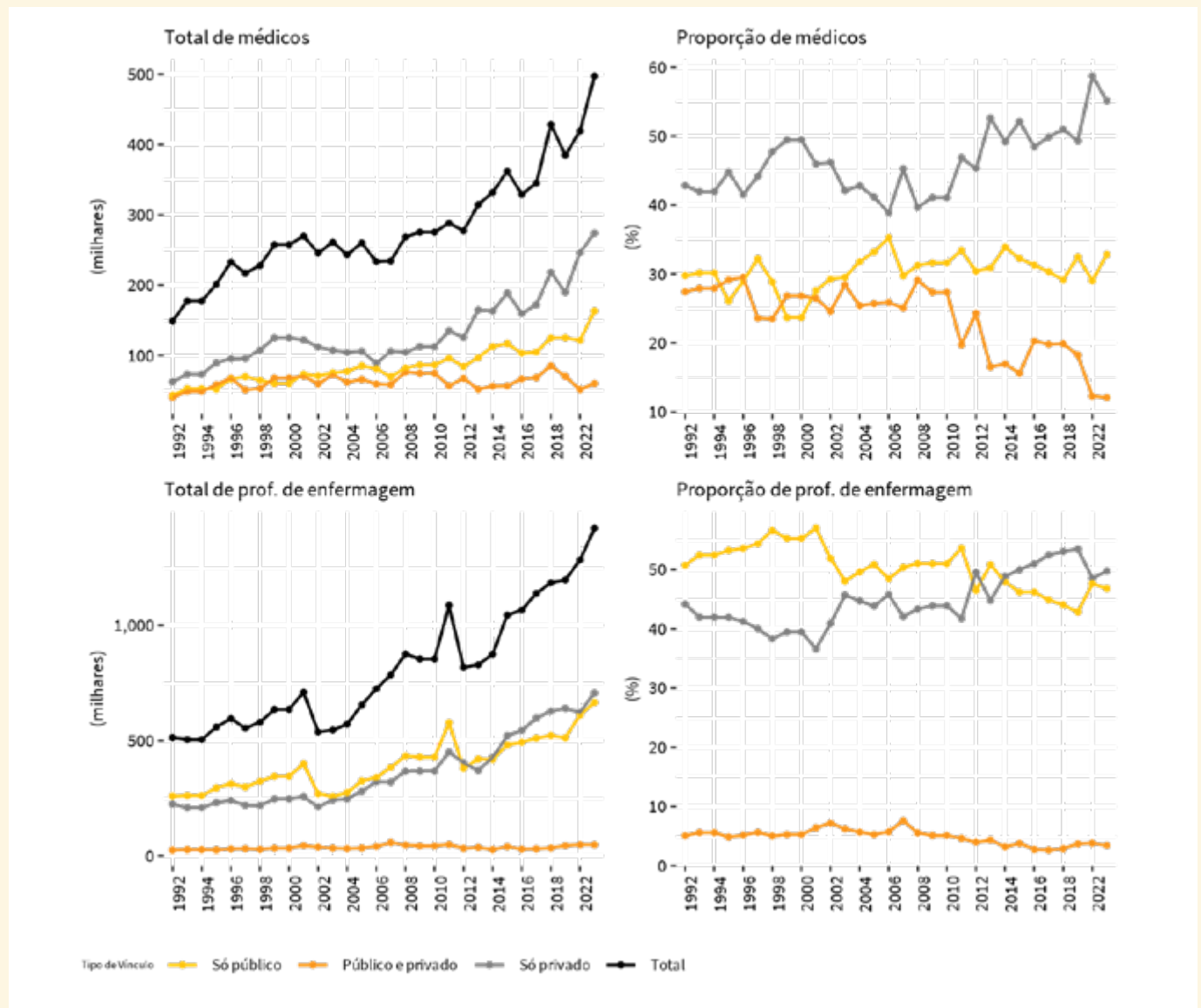


Sumário Executivo

- Os profissionais de saúde são um fator essencial para a prestação de cuidados de saúde, enquanto a disponibilidade de profissionais qualificados é determinante para a qualidade dos serviços prestados (Dussault & Dubois, 2003). Fatores que influenciam a oferta e demanda desses profissionais determinam salários, compensações e a distribuição geográfica desses trabalhadores (Anand & Bärnighausen, 2004; Liang et al., 2019). Países no mundo todo enfrentam dificuldades na oferta de serviços de saúde em regiões rurais, mais remotas e vulneráveis, devido à dificuldade de atrair profissionais. Um sistema de saúde misto, no qual os serviços são fornecidos tanto pelo setor público quanto pelo privado, pode enfrentar desequilíbrios na disponibilidade de profissionais entre setores (González & Macho-Stadler, 2013). Além disso, a prática dual dos profissionais pode resultar em conflitos de interesse, ineficiências, e fuga de cérebros do setor público para o privado, afetando a qualidade e a quantidade dos serviços públicos.
- Este estudo teve como objetivo realizar uma análise da oferta e da distribuição de médicos e dos enfermeiros entre os setores público e privado no Brasil, mapeando sua evolução nas últimas décadas. Identificam-se os fatores que influenciam as escolhas de carreira desses profissionais e como tais escolhas impactam variáveis importantes do mercado de trabalho, como salários, horas trabalhadas e tipos de vínculo empregatício.
- O número de médicos, enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem cresceu significativamente no Brasil. Para médicos e enfermeiros o total de profissionais praticamente triplicou de 1992 a 2023, já para técnicos e auxiliares, o maior grupo de profissionais de saúde analisado, o total dobrou nesses 30 anos. O aumento no número de profissionais de saúde foi mais acentuado na última década, devido ao crescimento das vagas em cursos de graduação, principalmente privados, que quadruplicaram para medicina e mais que dobraram para enfermagem.
- Esse aumento tem sido documentado pela literatura, porém a distribuição desses profissionais entre o setor público e privado é pouco estudada (Machado,

2017; Machado et al., 2016; Scheffer, 2023). Apesar dos avanços, o Brasil enfrenta uma grande desigualdade regional na distribuição desses profissionais. A desigualdade entre capitais e o restante do país é ainda maior (Marinho & Queiroz, 2023; Scheffer, 2023).

FIGURA S1 - TOTAL E PROPORÇÃO DE MÉDICOS POR TIPO DE VÍNCULO - 1992 A 2023



■ O estudo aponta para mudanças significativas na distribuição de médicos e enfermeiros entre os setores público e privado no Brasil. Até meados dos anos 2000, houve um aumento de médicos atuando exclusivamente no setor público. Mas, desde 2013, iniciou-se um movimento de crescimento na parcela de médicos no setor privado, atingindo quase 60% em 2022, provavelmente devido à atração por melhores remunerações. Paralelamente, a maioria dos enfermeiros atuou apenas no setor público durante todo o período, mas essa proporção tem diminuído em detrimento do crescimento do setor privado.



- É importante destacar que, entre os médicos, a proporção daqueles que atuam exclusivamente no setor privado tem aumentado na maioria das especialidades, conforme indicam os dados do CNES de 2008 a 2022. O percentual de cardiologistas e dermatologistas com vínculo apenas privado aumentou de cerca de 40% em 2008 para mais de 65% em 2023. Para os cirurgiões, esse percentual cresceu de 40% para 55% no mesmo período. No caso dos geriatras, ginecologistas e psiquiatras, a proporção de profissionais atuando exclusivamente no setor privado evoluiu de cerca de 30% para mais de 50% em 2022.
- Ademais, o forte crescimento da força de trabalho desses profissionais decorrente da expansão das vagas para faculdades de medicina e enfermagem parece estar levando a mudanças estruturais no mercado de trabalho, incluindo a redução do diferencial salarial entre os setores público e privado, e o surgimento de novos arranjos de contrato alternativos à CLT e estatutários. A proporção de médicos com vínculo só público com contratos CLT ou estatutário é a mais alta, mas variou de cerca de 70% em 1992, caindo para cerca de 50% em 2023. Já os médicos com vínculo só privado apresentam a menor proporção de contratos CLT, variando de cerca de 20% em 1992, caindo para aproximadamente 10% em 2000, e se mantendo em torno de 10-20% até 2023. Entre enfermeiros, apesar dessa proporção de profissionais com vínculos formais ser maior, também vem apresentando queda, diminuindo de cerca de 97% em 1992 para cerca de 80% a 85% em 2023, entre aqueles que atuam no setor público e no setor privado.
- Os resultados destacam também que políticas ou variações de condições de mercado de trabalho em um setor (público vs privado) e para determinados profissionais (médicos vs de enfermagem) podem ter consequências diretas sobre os demais. Setores e ocupações não se comportam como compartimentos estanques já que os mercados de trabalho são integrados e profissionais diferentes podem ser substitutos ou complementares na produção de determinados serviços de saúde. Neste caso, quaisquer políticas de formação de recursos humanos em saúde ou regulações sobre o mercado de trabalho podem ter efeitos de equilíbrio geral de difícil, mas importante e necessária compreensão.

Ademais, apesar do aumento expressivo no número de profissionais de saúde, a distribuição entre os setores não é homogênea, contribuindo para disparidades regionais. A concentração de profissionais em centros urbanos, em detrimento de áreas remotas, continua sendo um desafio persistente. Embora o aumento no número de pessoas graduadas em medicina e enfermagem ofereça perspectivas para mitigar essas disparidades, é incerto se essa expansão será suficiente para atender plenamente à demanda, especialmente por médicos especialistas. A atratividade do setor privado, evidenciada pelo crescimento do número de médicos e profissionais de enfermagem atuando exclusivamente neste setor, destaca a importância de revisar as políticas de incentivo e as condições de trabalho no setor público.

5.1

Introdução

A prestação de cuidados de saúde está diretamente vinculada à disponibilidade de profissionais qualificados. Estudos demonstram uma correlação direta entre a oferta de recursos humanos na área da saúde e a melhoria dos indicadores de saúde da população (Anand & Bärnighausen, 2004; Dussault & Dubois, 2003; Liang et al., 2019).

O mercado de profissionais de saúde em um país é composto por oferta e demanda por trabalhadores de saúde. A interação entre oferta e demanda determina os salários e outras formas de compensação, como auxílio-moradia e benefícios adicionais, além do número de trabalhadores de saúde empregados e a quantidade de horas trabalhadas (Dussault & Vujicic, 2008). Essas forças também influenciam a localização geográfica dos trabalhadores de saúde e seu ambiente de trabalho, seja em hospitais ou clínicas. Compreender essas dinâmicas de mercado é crucial para o planejamento de políticas no campo da saúde.

Nas últimas duas décadas, o número de médicos e profissionais de enfermagem, incluindo tanto enfermeiros como técnicos e auxiliares de enfermagem, cresceu significativamente no Brasil. O número de médicos aumentou de 220 mil em 2000 para mais de 500 mil em 2023, enquanto o de profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem) expandiu de 450 mil para 1,8 milhão (Machado, 2017; Machado et al., 2016; Scheffer, 2023). Este crescimento superou o aumento populacional de cerca de 30% no mesmo período (Scheffer, 2023). Como resultado, a proporção de médicos e profissionais de enfermagem por mil habitantes aumentou, alcançando cerca de 2,15 e 5,7, respectivamente, em 2021, conforme dados do CNES e população total disponíveis no Datasus. No entanto, esses números ainda estão abaixo da média da OCDE, de 3,7 médicos e 9,3 enfermeiros por mil habitantes¹.

Apesar dos avanços, o Brasil enfrenta uma grande desigualdade regional na distribuição desses profissionais. O Sudeste lidera com 3,39 médicos por

1 Destaca-se que é necessário cautela na comparação entre países, principalmente no que tange à categoria de enfermeiros, pois a definição da categoria profissional pode variar entre países. Para mais detalhes sobre a metodologia usada pela OCDE para o cálculo de enfermeiros, ver nas notas metodológicas sobre Healthcare Resources disponíveis em: <https://stats.oecd.org/>.

mil habitantes, contrastando com o Norte, que tem apenas 1,45. A situação é similar entre os enfermeiros (excluindo técnicos e auxiliares), com o Distrito Federal atingindo quase 4 enfermeiros por mil habitantes, enquanto estados como Rondônia e Alagoas têm menos de 1. Estes números indicam uma distribuição desigual e que reflete desafios na equidade do acesso à saúde (Marinho & Queiroz, 2023; Scheffer, 2023).

Além da notável fragmentação regional, o país também enfrenta importante divisão da oferta de recursos humanos entre o setor público e o privado. Apesar de ser uma questão relevante no contexto brasileiro, a maioria das análises sobre a distribuição dos profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, não leva em consideração o tipo de vínculo empregatício. Em muitos casos, apenas são contemplados os profissionais que atuam no serviço público, o que limita uma compreensão mais abrangente da dinâmica e das disparidades existentes no sistema de saúde brasileiro.

A presença de um sistema de saúde misto e concorrente, em que ambos os subsistemas ofertam os mesmos serviços, pode gerar um desequilíbrio na oferta de profissionais entre o setor público e privado. Em particular, sistemas públicos enfrentam maiores restrições de financiamento, o que resulta em profissionais de saúde, em geral, recebendo remuneração inferior (Barden-O’Fallon et al., 2006; Cheng et al., 2013; Fritzen, 2007). Outros desafios incluem as decisões individuais dos profissionais, influenciadas por fatores como remuneração, condições de trabalho, cultura profissional, motivação pessoal e características demográficas (Gruen et al., 2002; Kankaanranta et al., 2007; Midttun, 2007; Saether, 2005; Thornton & Esposto, 2003). O Brasil tem um sistema de saúde caracterizado pela dualidade entre o setor público, que oferece um sistema de saúde universal, e o setor privado, que desempenha um papel significativo tanto como complemento ao setor público quanto concorrente (Figueiredo et al., 2018).

A crescente participação do setor privado na oferta de serviços de saúde torna relevante o entendimento da combinação de práticas públicas e privadas por parte dos profissionais de saúde, fenômeno conhecido como prática dual. Este pode levar a implicações significativas para os sistemas de saúde (González & Macho-Stadler, 2013). Por um lado, essa prática pode levar à melhoria da qualidade dos serviços no setor público, já que os médicos podem buscar construir sua reputação no setor privado através dos serviços de qualidade prestados no setor público². Por outro lado, a prática dual pode causar conflitos de interesse, com médicos potencialmente priorizando pacientes do setor privado em detrimento dos do setor público, o que pode levar à redução da qualidade dos serviços públicos (Michael et al., 2022). Há também o risco de desvio de recursos do setor público para o privado (Cheng et al., 2013; Tuohy et al., 2004). A prática dual pode resultar em ineficiências, baixa performance e fuga de cérebros do setor público para o privado (Bazyar et al., 2018). Além disso, pode haver uma redução na oferta de serviços de saúde públicos devido ao “crowding out”, e os médicos estão mais inclinados a trabalhar no setor privado devido a melhores recompensas financeiras, isso pode diminuir a disponibilidade

2 Para revisões recentes ver Eggleston & Bir, (2006); García-Prado & González (2007); Socha & Bech (2011).



de profissionais qualificados no setor público, afetando, em última análise, a qualidade e a quantidade dos serviços de saúde pública oferecidos (González & Macho-Stadler, 2013).

Este estudo pretende analisar a evolução da oferta dos profissionais de saúde entre os setores público e privado no Brasil e identificar fatores associados às escolhas de carreira, além de avaliar como essas escolhas estão associadas a variáveis do mercado de trabalho, como salários e carga horária. O estudo foi dividido em cinco seções, sendo a primeira essa introdução. Em seguida são apresentadas as fontes de dados e a metodologia usada. As seções 3 e 4 apresentam os resultados das análises para os médicos e enfermeiros, respectivamente. Por último, apresentamos as reflexões finais.

5.2

Métodos e dados

Para desenvolver a análise construímos uma base de dados que cobre cerca de 30 anos de informações sobre a força profissional médica e de enfermagem no país. A base foi construída a partir da compatibilização da Pesquisa Anual por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1992 a 2011, e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc) de 2012 a 2023 (exceto 2020 e 2021), ambas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³. As pesquisas foram usadas para avaliar a distribuição de médicos⁴, enfermeiros⁵ e técnicos e auxiliares de enfermagem⁶ segundo o vínculo com os estabelecimentos, diferenciando entre profissionais com vínculos exclusivamente públicos, profissionais com vínculos exclusivamente privados e profissionais com vínculos públicos e privados

3 A escolha de utilizar a PNAD e a PNADc como fontes de dados foi motivada pela capacidade dessas pesquisas de fornecer uma análise abrangente, não apenas dos vínculos dos profissionais de saúde entre setor público e privado, mas também de suas características socioeconômicas e carga horária e salários. Ao contrário de registros administrativos como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mantido pelo Datasus, que se concentram principalmente em informações sobre os vínculos dos profissionais de saúde, a PNAD e PNADc oferecem uma perspectiva mais ampla ao incluir variáveis socioeconômicas e salariais. Além disso, as PNADs permitem uma análise longitudinal ao longo de um período mais extenso. Enquanto o CNES possui dados a partir do início dos anos 2000, a PNAD nos possibilita compatibilizar os dados para análises desde 1992. No entanto, é importante ressaltar que a PNAD não oferece detalhes sobre a especialidade dos médicos, motivo pelo qual os dados do CNES foram utilizados para complementar a análise da distribuição dos médicos por setor e especialidade.

4 O Código Brasileiro de Ocupação (CBO) utilizado pela PNAD mudou duas vezes no período, em 2002 e em 2012. Para a análise dos médicos foram consideradas as CBOs: 151 - que engloba todas as categorias médicas para o período de 1992 a 2001, 2231 que engloba todas as categorias médicas para o período de 2002 a 2012 e os códigos 2211 - médicos gerais e 2212 - médicos especialistas para o período de 2012 em diante. Os médicos foram diferenciados entre especialista e generalista a partir de 2012, quando essa informação está disponível na PNADc.

5 Para a análise dos enfermeiros foram consideradas as CBOs: 153 (Assistente de enfermagem e enfermeiro - nível superior) para o período de 1992 a 2001, 2235 (profissionais de enfermagem, com formação superior) para o período de 2002 a 2011 e as CBOs 2221 (profissionais de enfermagem) e 2222 (profissionais de parto) para o período de 2012 em diante.

6 Já para a análise dos técnicos e auxiliares de enfermagem foram consideradas as CBOs: 162 (ajudante auxiliar de enfermagem, auxiliar de enfermagem - técnicos de nível médio) para o período de 1992 a 2001, 3222 (estudantes de medicina e profissionais de enfermagem com formação técnica de nível médio, atuando em diversas áreas hospitalares) para o período de 2002 a 2011 e as CBOs 3221 (Profissionais de nível médio de enfermagem) e 3222 (Profissionais de nível médio de partos) para o período de 2012 em diante.

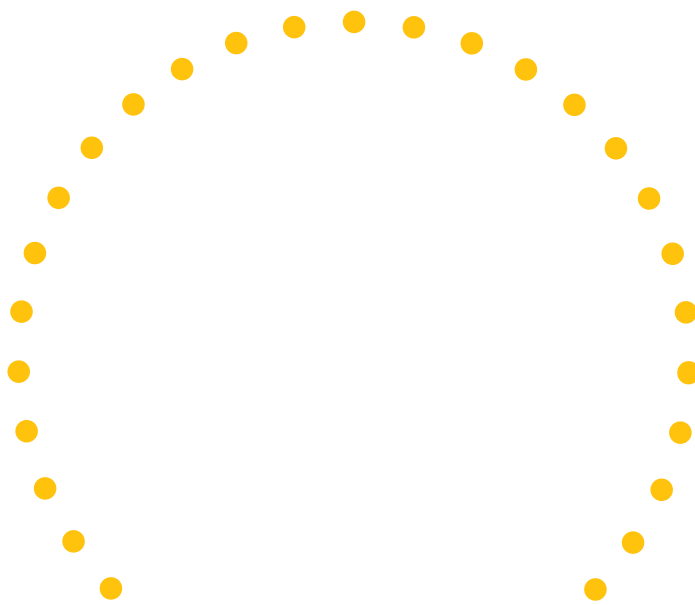


simultaneamente. Além disso, a pesquisa nos permite analisar as características individuais associadas às escolhas entre os setores público e privado.

Os anos de 2020 e 2021 foram excluídos da análise devido à pandemia de COVID-19. A decisão de excluir esses anos fundamentou-se na compreensão de que a pandemia exerceu uma influência significativa sobre o mercado de profissionais da saúde, possivelmente alterando as dinâmicas observadas em períodos precedentes.

Para categorizar o tipo de vínculo empregatício dos profissionais da saúde, realizamos uma análise dos seus empregos principais e secundários. No caso de indivíduos com apenas um emprego principal, determinamos se este estava no setor público ou privado com base na natureza desse emprego. Quando ambos os empregos eram no setor público, consideramos que trabalhavam exclusivamente neste setor. Da mesma forma, se ambos os empregos eram no setor privado, inferimos que atuavam exclusivamente neste setor. Para profissionais com empregos em ambos os setores, classificamos sua atuação simultânea nos setores público e privado. No caso de indivíduos com mais de dois empregos, a análise limitou-se aos setores de seus empregos principal e secundário, devido às restrições na disponibilidade de dados provenientes das pesquisas.

Para investigar como os profissionais de saúde estão distribuídos entre estabelecimentos públicos, privados ou ambos, e como essa distribuição varia de acordo com as características dos profissionais e a localização geográfica ao longo do tempo, a metodologia deste estudo seguiu análises descritivas com uso de análise gráfica e regressões.



5.3

Análise dos médicos por tipo de vínculo: privado, público ou simultâneo

5.3.1 Evolução dos médicos por tipo de vínculo

O número total de médicos no Brasil aumentou significativamente nos últimos 30 anos, passando de cerca de 150 mil em 1992 para cerca de 500 mil em 2023, de acordo com os dados da PNAD e PNADc (**FIGURA 1**). A oferta de médicos por habitantes também aumentou nesse período, uma vez que o total de médicos cresceu mais de 200% e a população cresceu cerca de 40% para o mesmo período.

Esse crescimento no total de médicos foi ainda mais intenso nos últimos 10 anos, desde 2010 entraram mais de 200 mil novos médicos no mercado de trabalho. Há vários fatores que influenciam esse forte aumento no total de médicos, incluindo a expansão dos cursos de medicina e o aumento de vagas em universidades, principalmente após iniciativas governamentais como a Lei Mais Médicos de 2013, que impulsionou a abertura de novos cursos em locais prioritários para o governo. Além disso, o crescimento da demanda por serviços de saúde, devido ao aumento da população e maior conscientização sobre a saúde, também contribuiu para esse fenômeno. Paralelamente, a valorização da carreira médica, refletida em melhores condições de trabalho e remuneração, incentivou mais indivíduos a entrarem na profissão (Scheffer, 2023).

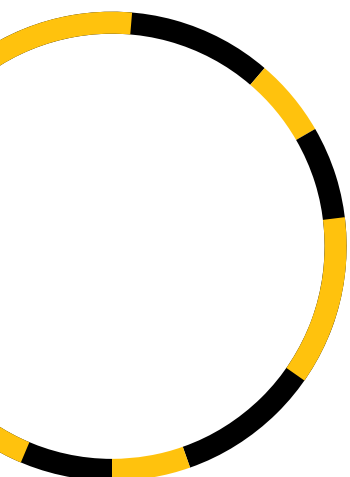
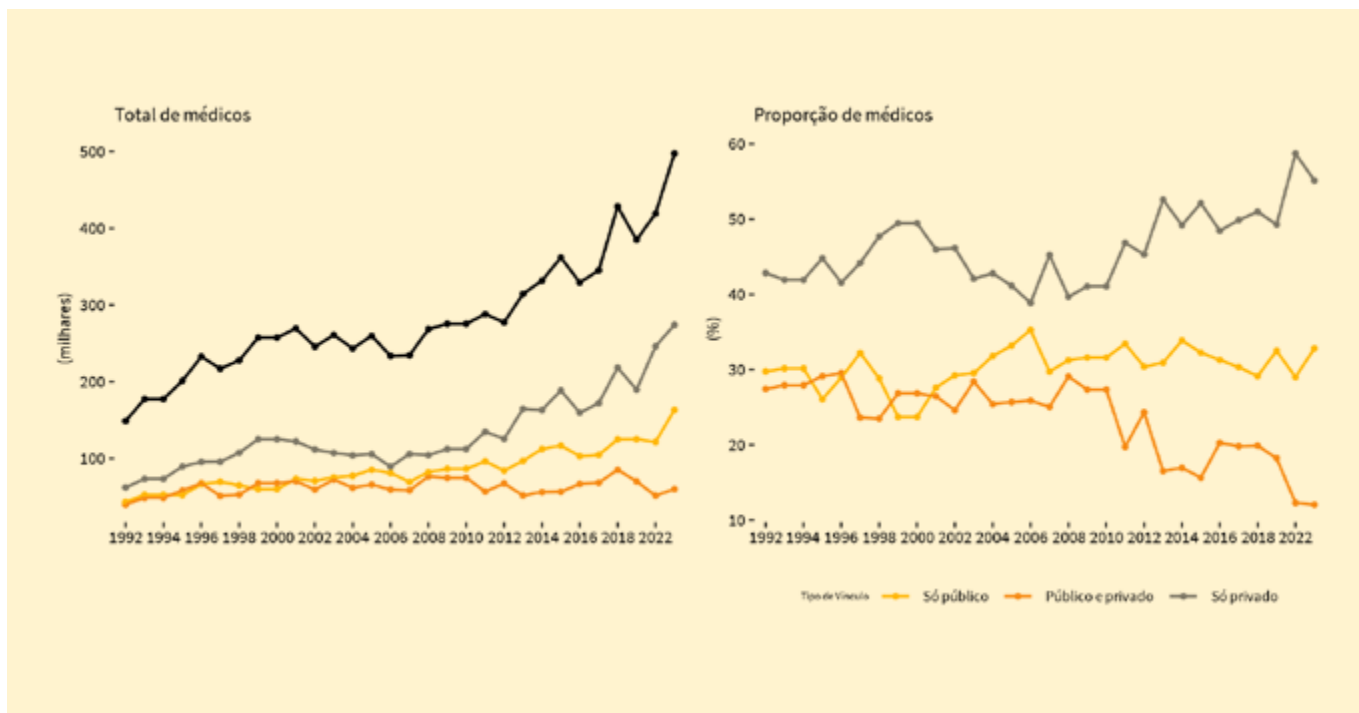


FIGURA 1 - TOTAL E PROPORÇÃO DE MÉDICOS POR TIPO DE VÍNCULO - 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.

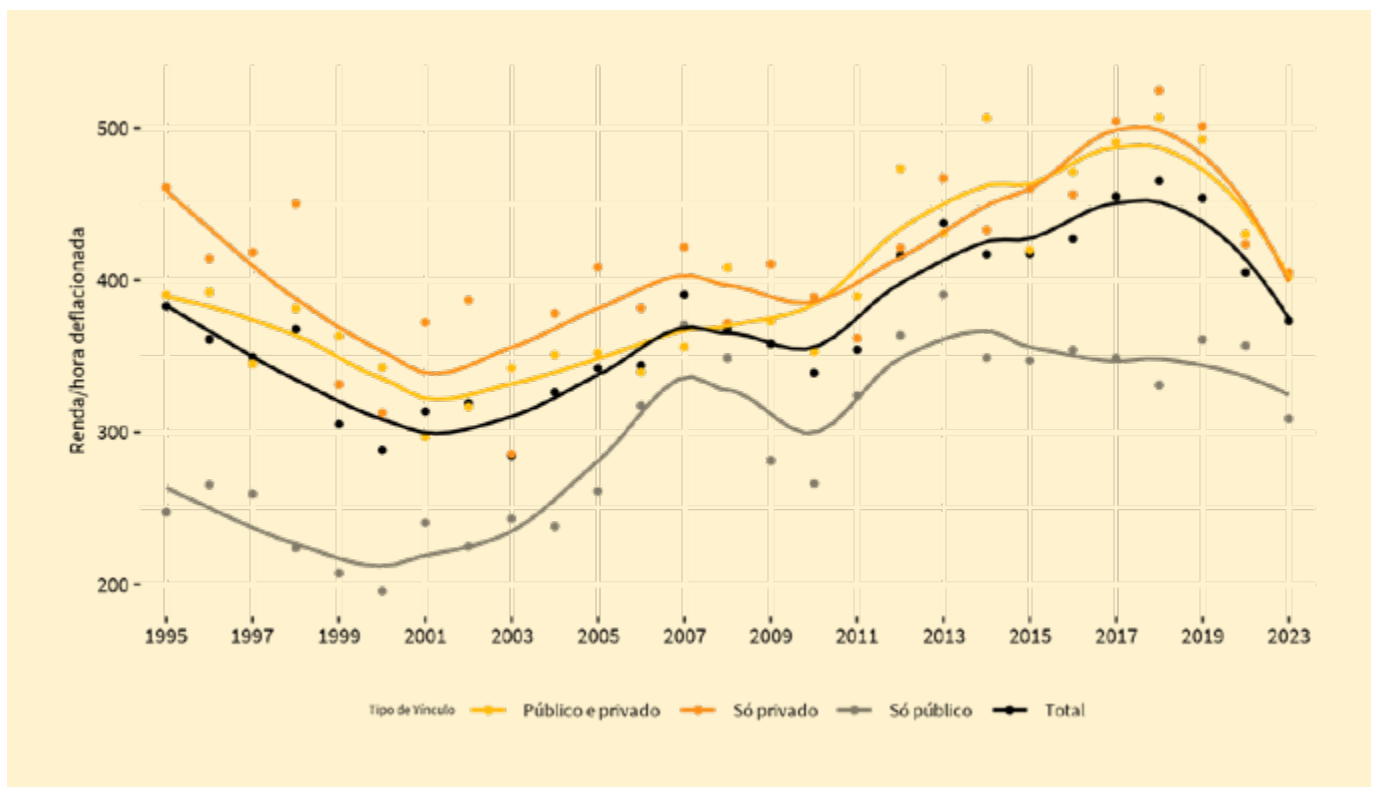
Elaborado pelos autores.

A evolução da distribuição dos médicos conforme o tipo de vínculo empregatício evidencia mudanças ao longo dos anos, com dois intervalos de tendências particularmente distintas. Inicialmente, do final dos anos 90 até a metade dos anos 2000, houve uma redução na quantidade de médicos que trabalhavam unicamente no setor privado, ao mesmo tempo em que aumentou o número daqueles dedicados exclusivamente ao setor público (FIGURA 1). Esse movimento pode estar relacionado à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e à Emenda Constitucional 29, que definiu patamares mínimos de financiamento para a saúde pública e pode ter incentivado a contratação de médicos pelos governos locais (Szklo et al., 2024). Concomitantemente, notou-se um incremento considerável nos rendimentos horários dos médicos do setor público, diminuindo a disparidade salarial em comparação aos profissionais do setor privado, como apresentado na FIGURA 2.

A partir da metade dos anos 2000 até aproximadamente 2013/2014, emergiu uma nova tendência: um crescimento de cerca de 10 pontos percentuais dos médicos atuando exclusivamente no setor privado, enquanto a proporção daqueles que trabalhavam em ambos os setores sofreu uma diminuição semelhante. De 2015 a 2019, esses números se estabilizaram, mas em 2022, observou-se novamente um aumento na proporção de médicos no setor privado, quase alcançando 60%, porém esse crescimento foi parcialmente revertido por uma aceleração no crescimento de médicos no setor público em 2023. Este aumento se deu principalmente às custas da prática simultânea em ambos os setores. Paralelamente, a parcela de médicos no serviço público se manteve estável em torno de 30% (FIGURA 1).

O interesse crescente pela atuação exclusiva no privado após 2013 pode ter sido impulsionado por um aumento relativo na remuneração por hora nesse segmento, em contraste com a estagnação dos salários no serviço público (**FIGURA 2**). A recente reversão parcial do crescimento na proporção de médicos atuando apenas no setor privado pode ser uma resposta à redução da diferença salarial entre o setor público e privado após a pandemia de 2020/21, conforme indica a **FIGURA 2**.

FIGURA 2 - RENDIMENTO POR HORA MÉDIO DE MÉDICOS POR TIPO DE VÍNCULO, DEFLACIONADO A PREÇOS DE 2023 - 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1995 a 2023.
Elaborado pelos autores. Nota 1: Valores deflacionados utilizando o IPCA, do IBGE de 1995 a 2023. Nota 2: Foi utilizada metodologia de regressão local ou LOESS para visualizar tendências nos dados (técnica de suavização). Essa técnica é usada para capturar a tendência central sem a necessidade de presumir uma relação linear específica entre variáveis. Optamos por não incluir os intervalos de confiança nas linhas suavizadas para manter o gráfico limpo e focado na identificação das tendências principais.

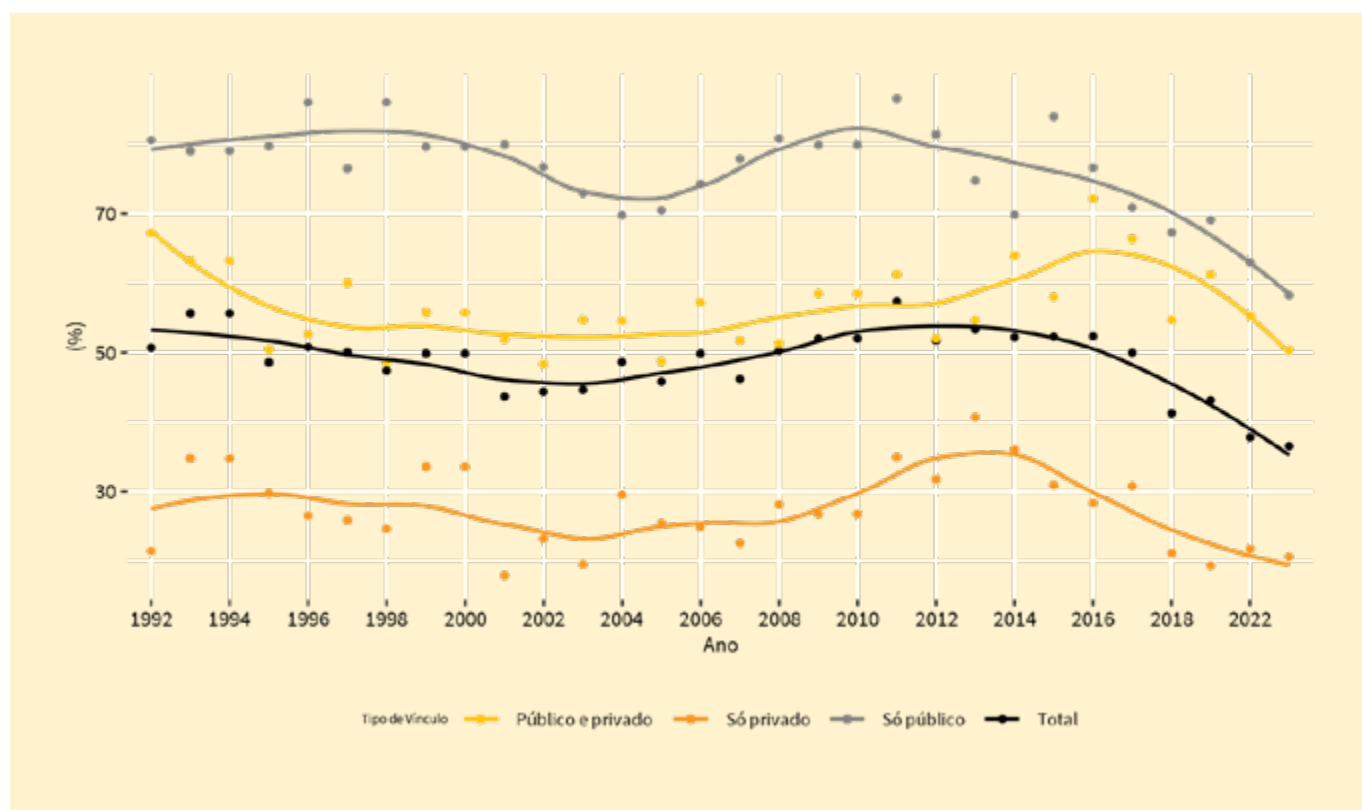
A análise da proporção de médicos com vínculo CLT ou estatutário, conforme o tipo de vínculo empregatício no período de 1992 a 2023, revela uma tendência decrescente ao longo dos anos, passando de cerca de 50% em 1992 para menos de 40% em 2023 (**FIGURA 3**). Essa proporção varia significativamente entre os tipos de vínculos empregatícios, sendo o contrato CLT ou estatutário mais comum no setor público. No entanto, o setor público também apresentou uma queda acentuada nesses vínculos ao longo do período analisado. No início do período, cerca de 80% dos médicos do setor público possuíam vínculo CLT ou estatutário. Esse percentual manteve-se relativamente estável até meados dos anos 2000, quando começou a declinar acentuadamente, reduzindo-se em cerca de 20 pontos percentuais, alcançando aproximadamente 60% em 2023.

No setor privado, a proporção de médicos com esse tipo de contrato é significativamente menor, variando entre 30% e 20% dos médicos atuando exclusivamente no setor privado. Esses médicos também apresentaram uma diminuição na proporção de vínculos CLT ao longo do tempo. Esse declínio geral na proporção de vínculos CLT ou estatutário reflete mudanças

estruturais no mercado de trabalho médico, possivelmente influenciadas por reformas políticas e econômicas, além de alterações nas preferências de contratação tanto no setor público quanto no privado.

Esses resultados indicam um aumento nas novas formas de contratação, como contratos temporários ou por serviços, que diferem dos contratos tradicionais no setor público. Esse fenômeno pode ser atribuído à busca por maior flexibilidade na gestão de recursos humanos e à tentativa de adequar a oferta de serviços médicos às demandas variáveis do sistema de saúde.

FIGURA 3 - PROPORÇÃO DE MÉDICOS COM VÍNCULO CLT OU ESTATUTÁRIO POR TIPO DE VÍNCULO E ANO - 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.
Elaborado pelos autores. Nota: Foi utilizada metodologia de regressão local ou LOESS para visualizar tendências nos dados (técnica de suavização). Essa técnica é usada para capturar a tendência central sem a necessidade de presumir uma relação linear específica entre variáveis. Optamos por não incluir os intervalos de confiança nas linhas suavizadas para manter o gráfico limpo e focado na identificação das tendências principais.



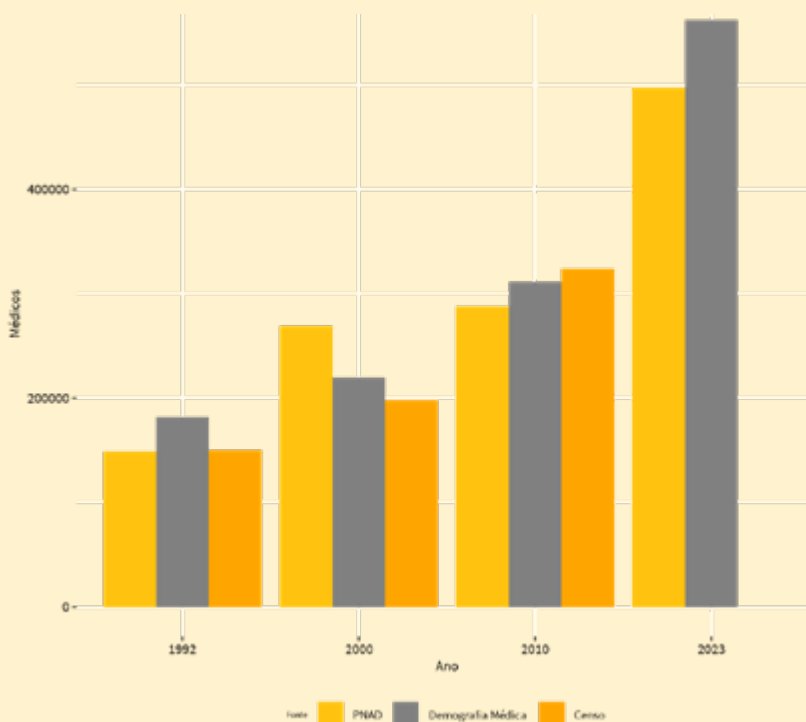
O TOTAL DE MÉDICOS NO BRASIL E DISPONIBILIDADE DE DADOS

No Brasil, uma das análises mais abrangentes sobre a população de médicos é realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), coordenada por Mário Scheffer, conhecida como Demografia Médica. Este estudo examina diversos aspectos relacionados aos profissionais médicos, incluindo formação, distribuição geográfica, características demográficas, especializações, práticas profissionais, entre outros fatores relevantes para a saúde pública e a organização dos serviços de saúde. Outra fonte importante de dados sobre os profissionais médicos, frequentemente utilizada na literatura, é o Censo Demográfico. Ambas as fontes, Demografia Médica e Censo, fornecem uma visão de longo prazo sobre a evolução dos médicos no país, embora não possuam dados anuais, disponibilizando informações desde antes dos anos 1980.

De acordo com o estudo da Demografia Médica, havia aproximadamente 562 mil médicos no Brasil ao final de 2023. Este valor é calculado com base nos registros dos Conselhos Regionais de Medicina (CRMs) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), que mantêm informações sobre médicos ativos, licenciados e especialistas, detalhando a quantidade de profissionais, suas especialidades, áreas de atuação e localização geográfica. No entanto, uma limitação do uso dos registros do CRM e CFM para estimar o total de médicos é que nem todos os médicos registrados estão necessariamente ativos na prática profissional. Alguns podem estar aposentados, afastados temporariamente, em licença ou atuando em áreas que não envolvem prática clínica. Portanto, contar todos os registros como médicos ativos pode superestimar a força de trabalho médica efetivamente ativa no mercado.

Apesar desta limitação, a Demografia Médica apresenta um número de médicos superior ao indicado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADc). No entanto, ao comparar dados de anos anteriores entre o Censo, a PNAD e a Demografia Médica, observa-se que as três fontes apresentam um total de médicos por década bastante similar, corroborando a confiabilidade dos dados apresentados pela PNAD. O gráfico compara as principais fontes de informação sobre os médicos no Brasil, destacando a consistência dos dados fornecidos por cada uma delas.

FIGURA A - COMPARAÇÃO DO TOTAL DE MÉDICOS POR DIFERENTES FONTES DE DADOS – PNAD, CENSO E DEMOGRAFIA MÉDICA, 1990 A 2023



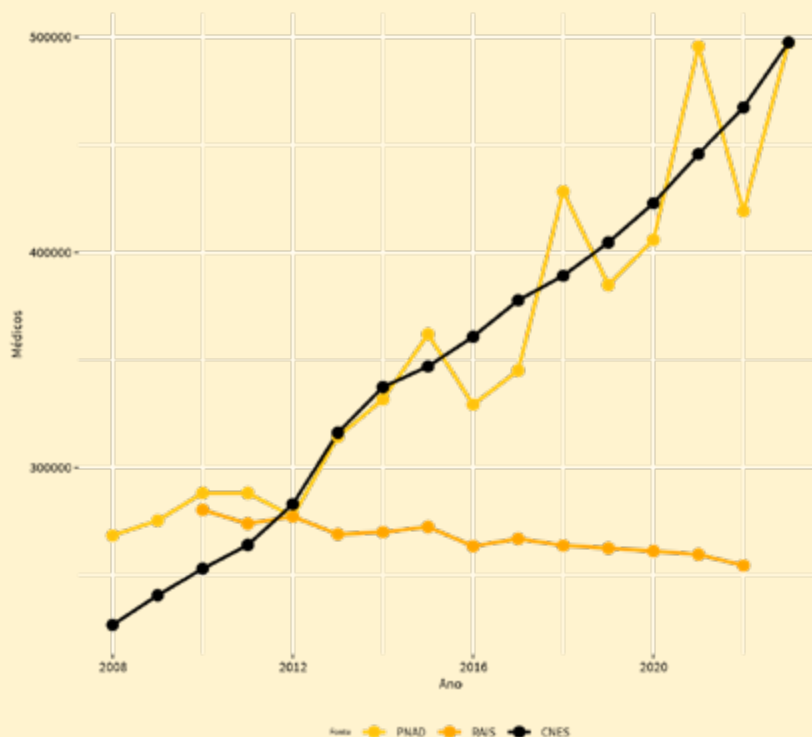
Fonte: Demografia Médica, (Scheffer, 2023), Censo demográfico (1991, 2000 e 2010) e PNADc (1992, 2001, 2011 e 2023). Nota: Como não temos os mesmos anos para o Censo e a PNAD, comparamos o dado do Censo de 1991, 2000 e 2010 com o dado do ano seguinte da PNAD (1992, 2001 e 2011 respectivamente).

Outras fontes de dados sobre os médicos no Brasil são o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). O CNES, um sistema de informação oficial, cadastra todos os estabelecimentos de saúde no país, abrangendo a capacidade instalada e a mão-de-obra assistencial, independentemente da natureza jurídica (pública ou privada) ou da integração ao SUS. No entanto, apresenta defasagens e incompletudes, especialmente em relação aos estabelecimentos privados.

Por sua vez, a RAIS, que contém informações apenas dos trabalhadores com vínculos CLT ou estatutário, possui uma abrangência mais limitada para a análise dos profissionais médicos. Isso se deve ao fato de que, segundo dados da PNAD, apenas metade dos médicos possuem esse tipo de vínculo, resultando em um total de médicos na RAIS inferior ao apresentado por outras fontes de dados.

Ao utilizar os dados da PNAD e da PNADc, encontramos valores próximos ao total de médicos registrados no CNES. Embora a PNADc possa subestimar o número total de médicos, ela é considerada uma fonte confiável por possuir uma amostra representativa em nível nacional e estadual, permitindo inferências válidas para a totalidade da população médica brasileira. O gráfico a seguir compara a evolução do total de médicos em cada uma dessas fontes de dados, PNAD, CNES e RAIS, destacando a similaridade do total de médicos apresentado pela PNAD e CNES.

FIGURA B - COMPARAÇÃO DO TOTAL DE MÉDICOS POR DIFERENTES FONTES DE DADOS - PNAD, RAIS E CNES, 2008 A 2023

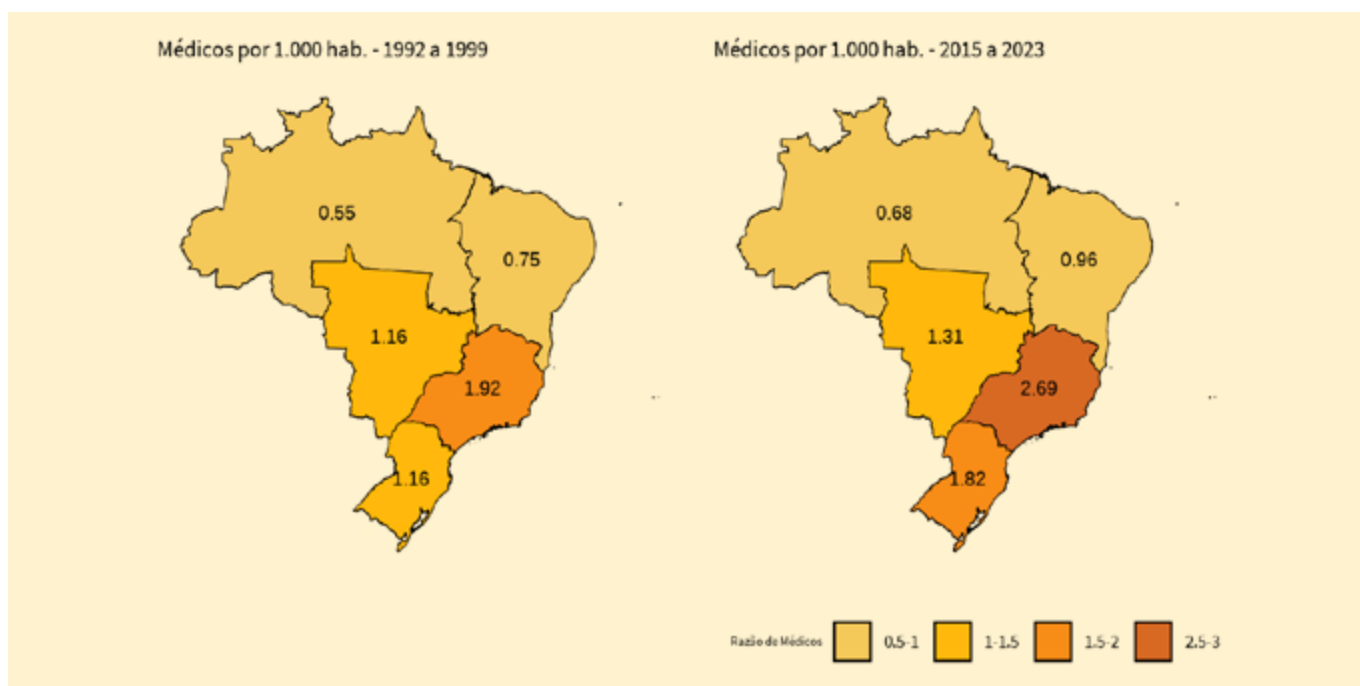


Fonte: PNAD e PNADc (2008 a 2023), CNES (2008 a 2023) e RAIS (2010 a 2022). Nota: O total de médicos do CNES foi calculado para dezembro de 2022, selecionando todos os CNS profissionais distintos, e da PNADc, foi calculado considerando o segundo trimestre de cada ano.

É fundamental destacar que, apesar do notável crescimento geral na densidade de médicos por 1.000 habitantes em várias regiões, ainda persiste grande desigualdade. Enquanto algumas regiões demonstram avanços significativos, passando de uma baixa taxa de médicos por habitantes entre 1992 e 1999 para taxas mais elevadas nos anos mais recentes, o que sugere um acesso ampliado a profissionais de saúde, outras ainda enfrentam escassez. Em particular, certas regiões, como o Centro-Oeste, Norte

e Nordeste, permanecem consistentemente com uma densidade de médicos relativamente baixa (de até 0,8 médicos por 1.000 habitantes), refletindo um desafio contínuo na melhoria da disponibilidade de médicos (**FIGURA 4**).

FIGURA 4 - MAPA DA RAZÃO DE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES POR UF



Fonte: Total de médicos de PNAD e PNADc, IBGE – 1992 a 2023; e População de IBGE- 1992, a 2022. Nota: Os intervalos foram definidos ad hoc para o período de 2015 a 2022, e aplicado esse intervalo fixo para os demais períodos.

Essa desigualdade é ainda maior ao olhar a distribuição dentro dos estados. De acordo com dados compilados por Scheffer (2023), as capitais apresentam uma razão de médicos significativamente maior em comparação ao interior e, especialmente, às regiões metropolitanas (**FIGURA 5**). Essa distribuição desigual é indicativa de uma centralização dos recursos de saúde nas capitais, refletindo disparidades no acesso aos serviços médicos entre áreas urbanas mais desenvolvidas e regiões menos favorecidas. Mesmo com o aumento geral na densidade de médicos ao longo dos anos, as regiões interioranas e regiões metropolitanas permanecem com uma densidade de médicos baixas.

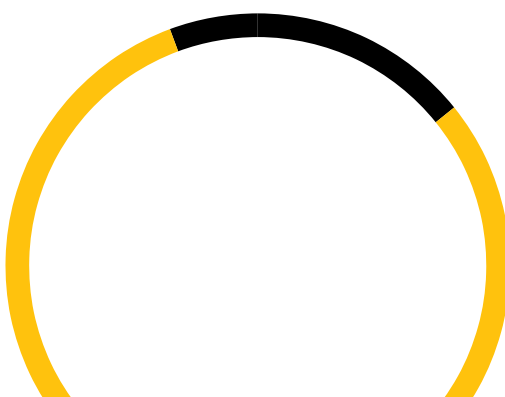
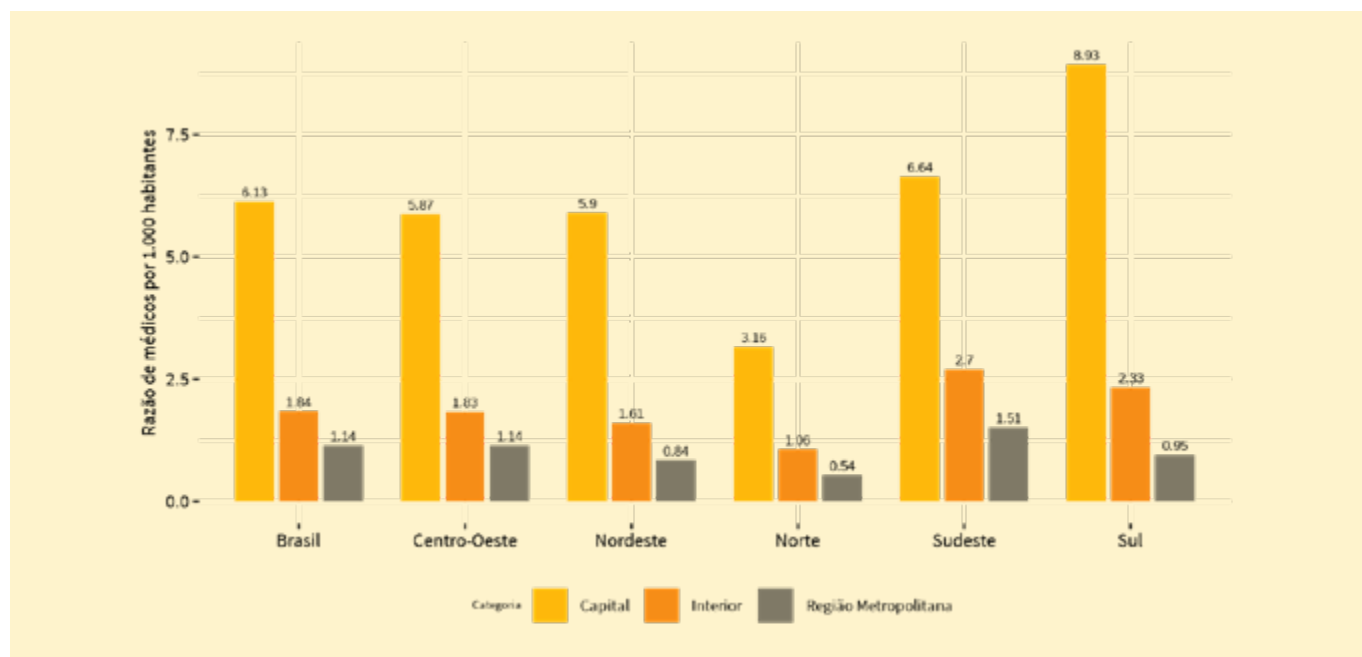


FIGURA 5 - RAZÃO DE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES, SEGUNDO GRANDES REGIÕES E AGRUPAMENTOS DE CAPITALS, REGIÕES METROPOLITANAS E INTERIORES, EM 2022



Fonte: Demografia Médica, (Scheffer, 2023).

5.3.2 Caracterização dos médicos por tipo de vínculo

Na seção anterior, observou-se que aproximadamente metade dos profissionais médicos no Brasil dedica-se exclusivamente ao setor privado, enquanto a outra metade distribui-se entre aqueles que atuam exclusivamente no setor público e os que exercem atividades simultâneas em ambos os setores. Vale mencionar que apenas 25% da população nacional são cobertos por plano de saúde privado. Este desequilíbrio na distribuição entre os setores público e privado evidencia, em parte, a disparidade nos gastos entre essas esferas, com o setor privado assumindo mais de 50% dos gastos de saúde no Brasil (Figueiredo et al., 2018). A presente seção analisa distintas características dos médicos, delineando um perfil específico para cada tipo de vínculo estabelecido.

Primeiro, utilizando dados do CNES observa-se grande disparidade na proporção de médicos por tipo de vínculo entre as especialidades médicas. Apesar dessa diferença no nível, com exceção da especialidade de médico da família, todas as especialidades apresentaram aumento na proporção de médicos que atuam apenas no setor privado entre 2007 e 2022. Para algumas especialidades (ex., cardiologia, oftalmologia e dermatologia) o percentual de médicos com vínculo exclusivamente com estabelecimentos privados superou os 60% em 2022. Para algumas especialidades, como cardiologia, oftalmologia e dermatologia, o percentual de médicos com vínculo exclusivamente com estabelecimentos privados superou os 60% em 2022. Para a maioria das especialidades, o percentual de médicos com vínculos exclusivamente públicos ou com vínculos em ambos os setores têm diminuído (**FIGURA 6**).



Este resultado deve ser interpretado com cautela, pois parte desse aumento na proporção de especialistas que atuam apenas no setor privado pode decorrer de uma melhora no registro de profissionais no CNES. No entanto, os dados da PNAD confirmam um aumento na proporção de médicos atuando apenas no setor privado. Portanto, acredita-se que parte desse crescimento observado entre os especialistas de fato reflete uma tendência real.

FIGURA 6 - PROPORÇÃO DE MÉDICOS POR ESPECIALIDADE E TIPO DE VÍNCULO E ANO - 2007 A 2022

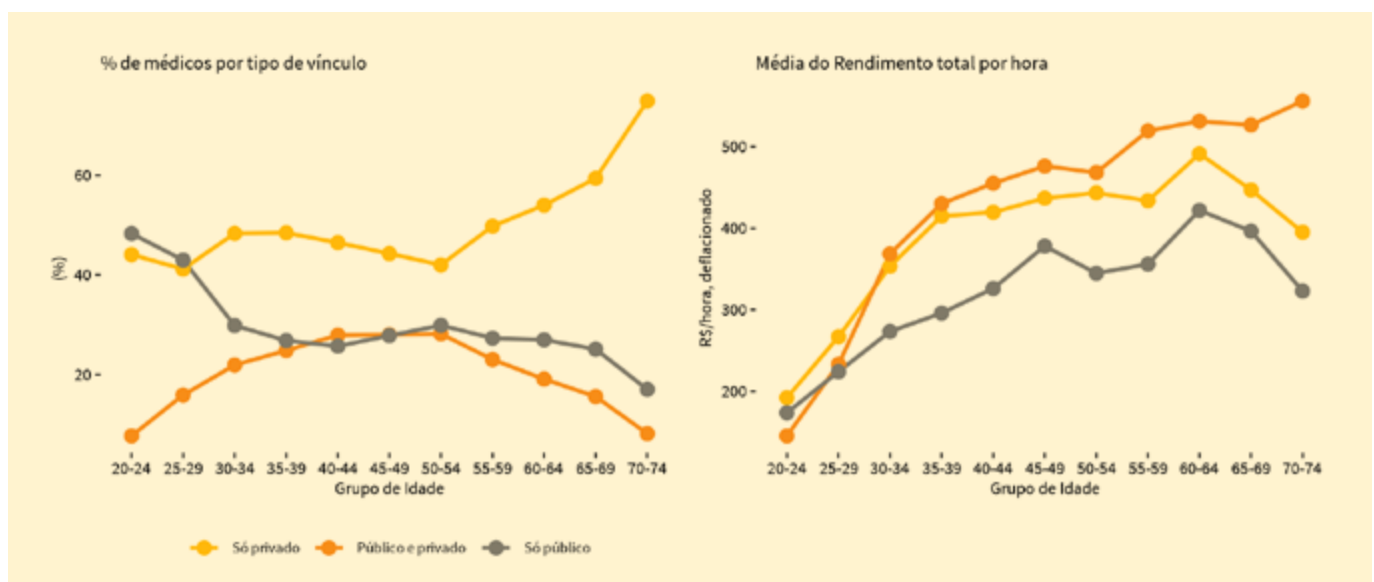


Fonte: CNES, 2007 a 2022.
Elaborado pelos autores.

A investigação sobre a distribuição etária de médicos revela padrões significativos de atuação ao longo da carreira. Inicialmente, durante a residência médica (25-30 anos), uma parte considerável está exclusivamente vinculada ao setor público, enquanto cerca de 40% estão vinculados ao setor privado, com poucos atuando simultaneamente em ambos os setores. Posteriormente, a tendência mostra uma diminuição dos médicos exclusivos do setor público para 25-30%, um aumento daqueles em prática mista para 20-25% e um crescimento para 50% dos que se dedicam somente ao privado entre 35 e 65 anos. Esse movimento sugere uma migração para a prática no setor privado, seja de forma exclusiva, ou concomitante com um trabalho no setor público. Ao atingir a aposentadoria (65 anos), a maioria se concentra exclusivamente no setor privado, representando 80% (FIGURA 7).

A análise da dinâmica dos rendimentos por faixa etária e tipo de vínculo sugere que o rendimento influencia a escolha entre os setores. Até os 29 anos, os salários por hora são similares entre os setores. A partir dos 30, os médicos do setor privado começam a ganhar mais, com os do público apresentando progressão salarial mais lenta. Essa disparidade permanece significativa ao longo da carreira (FIGURA 7). Assim, podemos supor, que ao menos parte das mudanças do médico entre os tipos de vínculo ao longo da carreira decorre das diferenças salariais. Outros fatores como a falta de um plano de carreira estruturado para o médico no setor público e as piores condições de trabalho também podem influenciar essa decisão (Oliveira et al., 2017).

FIGURA 7 - PROPORÇÃO DE MÉDICOS E MÉDIA DO RENDIMENTO POR HORA POR TIPO DE VÍNCULO E GRUPO DE IDADE - 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.
Elaborado pelos autores.

Para investigar as variações nos perfis dos profissionais médicos em relação aos tipos de vínculos estabelecidos, conduzimos uma análise de regressão que associa a categoria de vínculo (com três variáveis dependentes distintas, indicando se o profissional atua exclusivamente no setor privado, no setor público, ou mantém vínculo simultâneo) com diversas

características dos médicos (variáveis independentes). O coeficiente apresentado no gráfico representa a correlação entre a variável analisada e a probabilidade de o médico atuar com determinado tipo de vínculo.

Dentre as características dos médicos analisadas, incluímos aspectos demográficos (região de residência, indicador se o domicílio é em área urbana e faixa etária), fatores socioeconômicos (gênero e raça) e do mercado de trabalho (a diferença no rendimento médio por hora no setor privado e no público por região e ano). Também foram incluídos efeitos fixos de ano para controlar fatores sistemáticos que possam influenciar conjuntamente o tipo de vínculo de todos os médicos em determinado ano.

Além do coeficiente, o gráfico apresenta o intervalo de confiança das estimativas. O intervalo de confiança de 95% é representado pelas barras horizontais ao redor do ponto central do coeficiente. Se a barra de erro não cruza a linha vertical do zero, podemos considerar que o coeficiente é estatisticamente significativo ao nível de 5%.

Por exemplo, no gráfico da coluna “Público e privado”, o coeficiente para a variável “Mulher” é negativo, indicando que mulheres têm menor probabilidade de atuar simultaneamente no setor público e privado, comparado com homens. Como a barra de erro não cruza a linha vertical do zero, essa diferença é estatisticamente significativa, sugerindo que o gênero influencia de maneira significativa o tipo de vínculo dos médicos.

Os resultados obtidos da regressão corroboram as observações anteriores sobre a distribuição entre os tipos de vínculo dos médicos e faixa etária. Notadamente, a probabilidade de um médico atuar no setor privado aumenta significativamente com as faixas etárias superiores, enquanto a probabilidade de um médico dedicar-se exclusivamente ao setor público diminui com o aumento da faixa etária, mesmo após controlar para outras características, tais como gênero, raça e região (**FIGURA 8**).

Adicionalmente, os resultados revelam padrões regionais distintos na distribuição dos médicos. Observa-se que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste há uma maior proporção de médicos com vínculos exclusivamente em instituições públicas de saúde em comparação com a região Sudeste. No Sul, por sua vez, observa-se uma concentração levemente mais acentuada de médicos atuando no setor privado em relação ao Sudeste.

A distribuição por gênero e por raça também apresenta diferenças notáveis. As mulheres e os pretos, pardos e indígenas exibem uma presença relativamente superior no setor público em comparação com os homens brancos (**FIGURA 8**). Este achado sugere possíveis disparidades e desigualdades nas escolhas de vínculo entre grupos demográficos distintos, requerendo uma análise mais aprofundada das determinantes subjacentes a essas divergências.

O resultado da análise dessa relação entre o tipo de vínculo e as características dos médicos considerando três períodos (de 1992-2001, 2002 a 2011 e 2012 a 2019 – figura no Anexo I) indicam que essas relações são relativamente constantes ao longo do período analisado.

FIGURA 8 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE VÍNCULO E AS CARACTERÍSTICAS DOS MÉDICOS, 1992 A 2022



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2022.

Elaborado pelos autores.

Finalmente, visando compreender a relação entre a escolha do tipo de vínculo e os diferentes resultados no mercado de trabalho, realizamos uma regressão associando tais resultados ao tipo de vínculo do médico, controlando por outras características relevantes, como gênero, cor/raça, idade, região, área urbana e o ano. Os resultados apresentados na **TABELA 1** refletem as diferenças nas variáveis de resultado do mercado de trabalho ao comparar médicos que atuam exclusivamente no setor público com aqueles com prática dual ou que trabalham exclusivamente no setor privado.

Em média, médicos com prática dual têm cerca de 0,88 emprego adicional em comparação com médicos que atuam apenas no setor público. Por outro lado, médicos exclusivamente do setor privado têm uma média ligeiramente inferior de empregos em relação aos que atuam apenas no setor público, com uma diferença de apenas -0,045. No que diz respeito às horas trabalhadas semanalmente, encontramos resultados semelhantes: médicos com prática dual trabalham cerca de 8,6 horas a mais por semana do que os médicos exclusivamente do setor público, enquanto os médicos do setor privado trabalham em média 1,4 horas a menos.

Quanto ao rendimento total mensal, como esperado devido ao maior número de empregos e horas trabalhadas, os médicos com prática dual ganham em média 43% a mais do que os médicos exclusivamente do setor público. Após controlarmos pelas horas trabalhadas, essa diferença diminui, mas ainda assim os médicos com prática dual ganham em média 24% a mais por



hora do que os médicos exclusivamente do setor público. Já os médicos do setor privado, apesar de trabalharem menos horas por semana em média, têm um rendimento total 15,9% maior do que os médicos exclusivamente do setor público, com uma diferença de 19,9% no rendimento por hora.

Em relação ao tipo de contratação, observa-se que os médicos exclusivamente do setor público tendem a ter uma proporção maior de contratos fixos do tipo CLT ou estatutários em comparação àqueles que optam por uma prática dual ou se dedicam exclusivamente ao setor privado. Os médicos com prática dual têm proporção de contratos CLT ou de estatutários 10% menor em comparação àqueles exclusivamente do setor público, enquanto aqueles do setor privado registram uma redução de 30% na proporção de contratos de carteira assinada ou estatutários.

Analizamos os mesmos resultados por período: de 1992 a 2001, de 2002 a 2011 e de 2012 a 2019, a fim de verificar possíveis mudanças nessas relações ao longo do tempo. Os resultados apresentados no Anexo II sugerem que não houve mudanças significativas na diferença no número de empregos e horas trabalhadas entre médicos com prática dual ou do setor privado em relação aos médicos exclusivamente do setor público ao longo do período. No entanto, a diferença no rendimento total e no rendimento por hora, tanto para médicos com prática dual quanto para médicos do setor privado em relação aos médicos exclusivamente do setor público, diminuiu ao longo do tempo, principalmente comparando o período de 1992 a 2001 com os períodos subsequentes, mantendo-se em patamares semelhantes entre 2002 e 2019. Esse resultado é condizente com a redução do diferencial de salário dos médicos que atuam apenas no setor público após 2004 apresentada anteriormente. Por outro lado, a diferença no percentual de médicos com carteira assinada ou estatutários aumentou significativamente, principalmente no último período, após 2012.

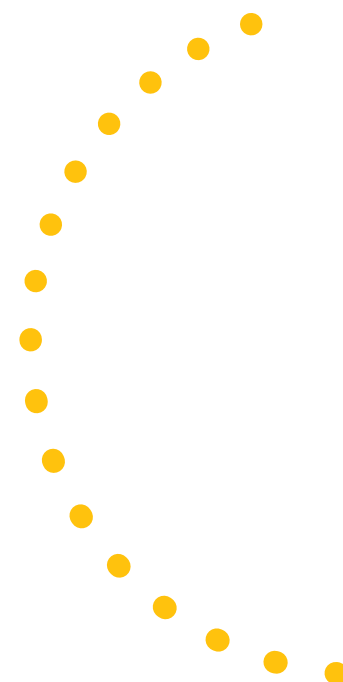




TABELA 1 - RELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS NO MERCADO DE TRABALHO E O TIPO DE VÍNCULO DOS MÉDICOS, 1992- 2022

Variável Dependente:	Trabalhos (1)	Horas trab. (semana) (2)	Log(Rendimento total) (3)	Log(Rendimento/hora) (4)	CLT/estat. (5)
Público e privado	0.8834*** (0.0211)	8.688*** (0.5459)	0.4331*** (0.0174)	0.2439*** (0.0176)	-0.0977*** (0.0245)
Só privado	-0.0452* (0.0231)	-1.387** (0.5821)	0.1595*** (0.0237)	0.1990*** (0.0262)	-0.2906*** (0.0488)
Médias					
	1,59	48,13	16.838,9	375,92	48,62
Controles					
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Reg. urbana Gênero	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Gênero	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Cor	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects					
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Região	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics					
R ²	0.30802	0.11152	0.24203	0.19634	0.11727
Observações	15,785	15,785	13,903	13,898	10,466
<i>Clustered (ano)) standard-errors in parentheses</i>					
<i>Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1</i>					

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2022.
Elaborado pelos autores. Nota: Para os modelos com a variável dependente Rendimento total e Rendimento/hora utilizamos a partir de 94, quando foi instaurando o Real.

5.3.3 Expectativas para os médicos

Até agora, analisamos aspectos críticos da oferta de médicos no Brasil entre os setores público e privado. A oferta de trabalho médico reflete o número de profissionais disponíveis e as horas que estão dispostos a trabalhar, conforme a remuneração vigente. Em geral, salários mais altos aumentam a disponibilidade de trabalhadores de saúde devido a diversos fatores: alguns profissionais qualificados não atuam na área devido a salários baixos; com o aumento dos salários, eles tendem a oferecer mais serviços; e aqueles em outros setores podem migrar para a saúde, aumentando a oferta futura.

A demanda por formação em saúde deriva diretamente do mercado de trabalho para esses profissionais, criando o mercado para a educação de trabalhadores de saúde. A oferta desse mercado é representada pelo número

de vagas de treinamento disponíveis, no caso dos médicos, de graduação em medicina. A demanda por essas vagas depende do custo do treinamento (que inclui não só o custo da mensalidade, como muitas vezes o custo de mudança, e o custo oportunidade de não trabalhar por esse período) e do retorno esperado do médico no futuro. Já a oferta depende do custo de fornecer a formação, dos fundos disponíveis para financiá-la e de fatores relacionados à regulação em muitos países.

Nos últimos 30 anos, o Brasil empreendeu diversas iniciativas para influenciar a oferta de médicos, buscando atender as necessidades do SUS como melhorar a distribuição de médicos. Entre elas está o Projeto Rondon, que promoveu estágios em regiões de acesso difícil, e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), que oferecia incentivos financeiros e melhores condições de trabalho. Ações como o Pró-Residência e o PROVAB focaram na formação e valorização dos profissionais, enquanto o Programa Mais Médicos teve um espectro mais amplo, abordando desde a infraestrutura, aumento da oferta de médicos até o aumento de vagas educacionais (Oliveira et al., 2017).

Depois de um período de congelamento da política de fomento a formação de médicos do Programa Mais Médicos desde 2018, o programa foi retomado em 2024, com o lançamento de novo edital do MEC para a abertura de graduações de medicina (Ministério da Saúde & Ministério da Educação, 2023). Essa iniciativa tem como uma das principais metas a expansão das vagas em cursos de graduação de medicina para regiões selecionadas. A seleção é baseada em critérios como a infraestrutura de saúde existente, a taxa de médicos por população, o tamanho da população do município, entre outros critérios, focando naquelas regiões com baixa taxa de médicos per capita, de tamanho médio e com uma estrutura de atenção à saúde básica mínima para o ensino da medicina (LEI No 14.621, 2023). Desde sua implementação em 2013, o número de ingressantes na faculdade de medicina cresceu significativamente, impulsionadas sobretudo pelas vagas no setor privado de educação (**FIGURA 9**).

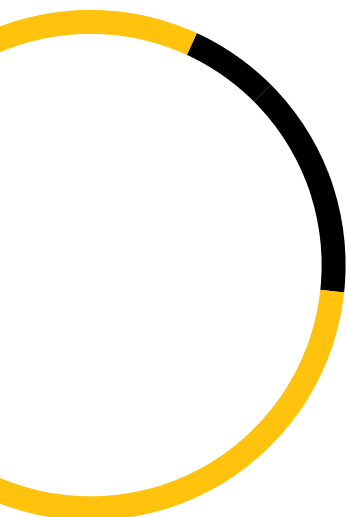
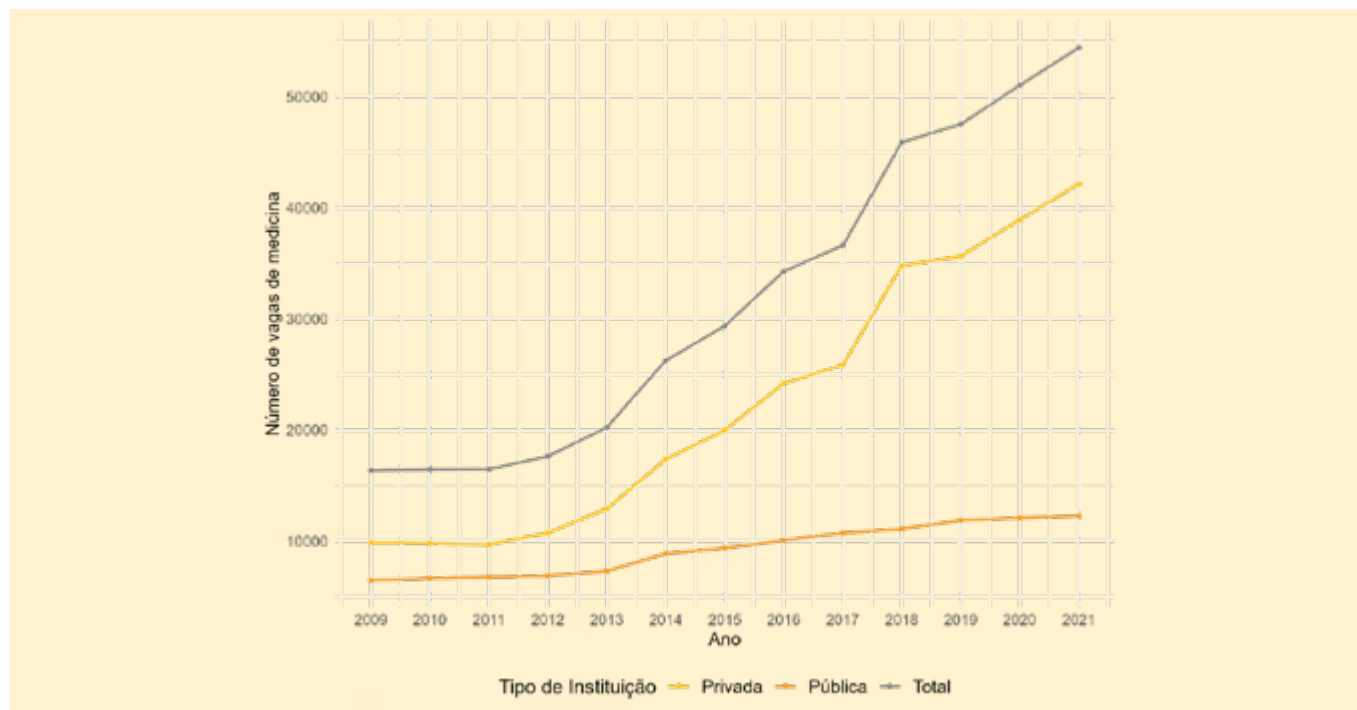


FIGURA 9 - TOTAL DE VAGAS EM CURSO SUPERIOR DE MEDICINA, 2009 A 2021



Fonte: Censo do ensino Superior, INEP, 2009 a 2021. Elaborado pelos autores.

O recente aumento significativo no número de vagas nos cursos de graduação em medicina pode oferecer uma solução para os desafios persistentes relacionados à escassez de médicos e profissionais de saúde em áreas geograficamente desfavorecidas. A ampliação da oferta desses profissionais em regiões com mais recursos médicos poderia resultar na redução dos salários médios nesses locais, enquanto aumentaria a atratividade das oportunidades de emprego em áreas com menor proporção de médicos, oferecendo, assim, compensações salariais mais elevadas (Dussault & Vujicic, 2008; Scheffler et al., 2016). No entanto, até o momento, ainda não há evidências concretas desse fenômeno e a mobilidade de profissionais entre regiões poderia mitigar esses efeitos.

Além disso, sabemos que as decisões sobre a localidade de moradia e trabalho dos médicos não dependem exclusivamente dos salários. É importante aprofundar o monitoramento constante desses profissionais, visto que a sua distribuição geográfica é influenciada por salários, condições de trabalho e fatores como segurança, status, habitação, educação infantil e condições das instalações (Jack et al., 2010; World Health Organization, 2010).

A retomada do Programa Mais Médicos e o lançamento de novos editais para abertura de faculdades de medicina refletem um compromisso com a melhoria da infraestrutura da saúde pública e a busca por equidade no acesso aos cuidados médicos. O estudo de Costa et al. (2024) mostra que políticas de interiorização do ensino de medicina seriam eficientes para suprir a necessidade de médicos nessas regiões, com base em modelo estrutural. No entanto, não há evidências concretas sobre a eficácia dessas políticas na prática no país. São necessárias avaliações criteriosas para medir a eficácia dessas políticas na redistribuição de médicos pelo país. Questões fundamentais permanecem em aberto, demandando investigação.

5.4

Análise dos enfermeiros por tipo de vínculo: privado, público ou simultâneo

5.4.1 Evolução do número de enfermeiros por tipo de vínculo

Nessa seção vamos analisar o mercado de enfermeiros do Brasil. Esses profissionais representam cerca de 30% do total de profissionais de enfermagem (somando os enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem) e desempenham um papel crucial no sistema de saúde brasileiro, tanto no setor público quanto no privado.

O número total de enfermeiros também apresentou um crescimento significativo nos últimos 30 anos. Segundo os dados da PNAD e PNADc, o número total desses profissionais aumentou de aproximadamente 40 mil em 1992 para cerca de 420 mil em 2023 (**FIGURA 10**).

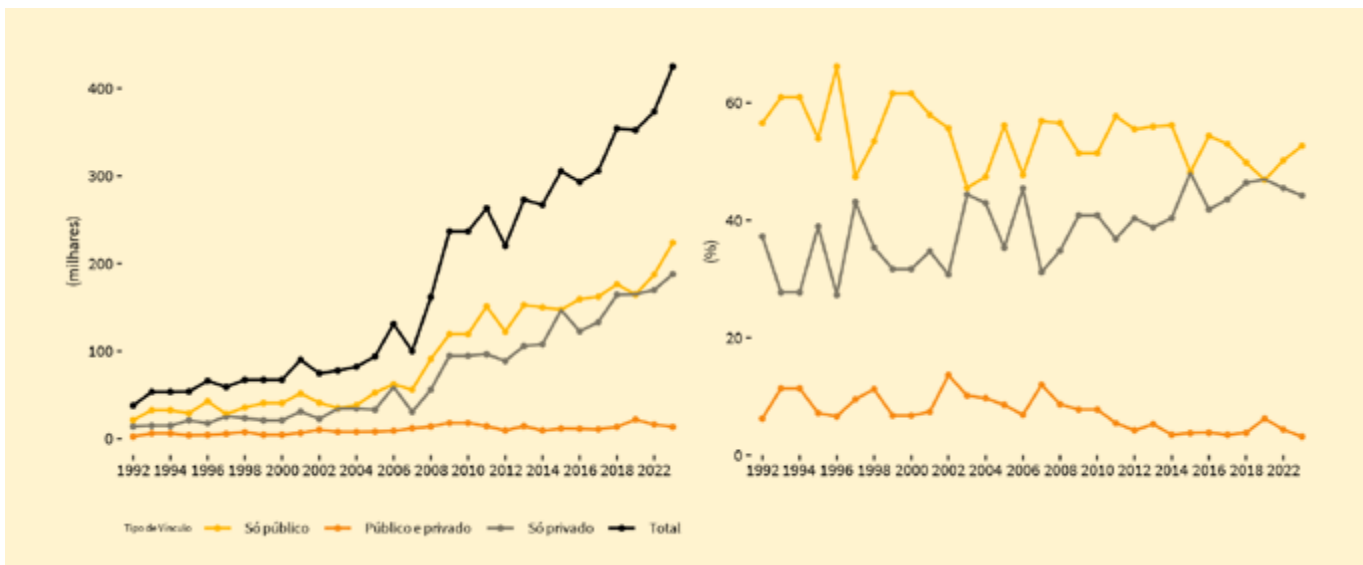
A análise da evolução temporal da proporção desses profissionais, discriminada por tipo de vínculo, apesar de apresentar bastante oscilação, apresenta uma tendência de longo prazo mais clara em comparação com a dinâmica observada entre médicos. Durante todo o período observado, consistentemente a maioria dos enfermeiros atuam apenas no setor público. Ademais, há uma tendência de redução na proporção de enfermeiros no setor público e de aumento da participação dos empregos no setor privado entre esses profissionais. Diferentemente do mercado de médicos, em que os setores privado e público apresentam tendências um pouco diferentes, no caso de enfermeiros, a tendência de crescimento da força de trabalho nos dois setores parece estar bastante associada (**FIGURA 10**).

Entre 2006 e 2013, observou-se um aumento acentuado no número total de enfermeiros. Esse crescimento decorre, ao menos em parte, da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 276/2003, que sugeriu a extinção da profissão de auxiliar de enfermagem a partir de 2011. Consequentemente, entre 2003 e 2008, houve um incentivo significativo para que técnicos de enfermagem buscassem formação adicional para obter o diploma de enfermeiro, o qual exige educação em nível superior (COREN-SP, 2010). Esse aumento é evidente na **FIGURA 11**, que ilustra a evolução da proporção de enfermeiros em relação ao total de profissionais de enfermagem, incluindo técnicos e auxiliares de enfermagem.

Apesar do crescimento na proporção de enfermeiros atuando exclusivamente no setor privado, uma parcela majoritária (aproximadamente 50%)

permaneceu comprometida exclusivamente ao setor público até 2023. Mas com uma diferença cada vez menor entre as proporções de enfermeiros no setor público e privado. O emprego em ambos os setores é pouco comum entre os enfermeiros em todo o período, e tem perdido ainda mais relevância recentemente, representando cerca de 5% dos enfermeiros. Pela baixa significância da prática concomitante entre enfermeiros optamos por retirar essa categoria das análises seguinte, pois seus resultados variam bastante com a amostra.

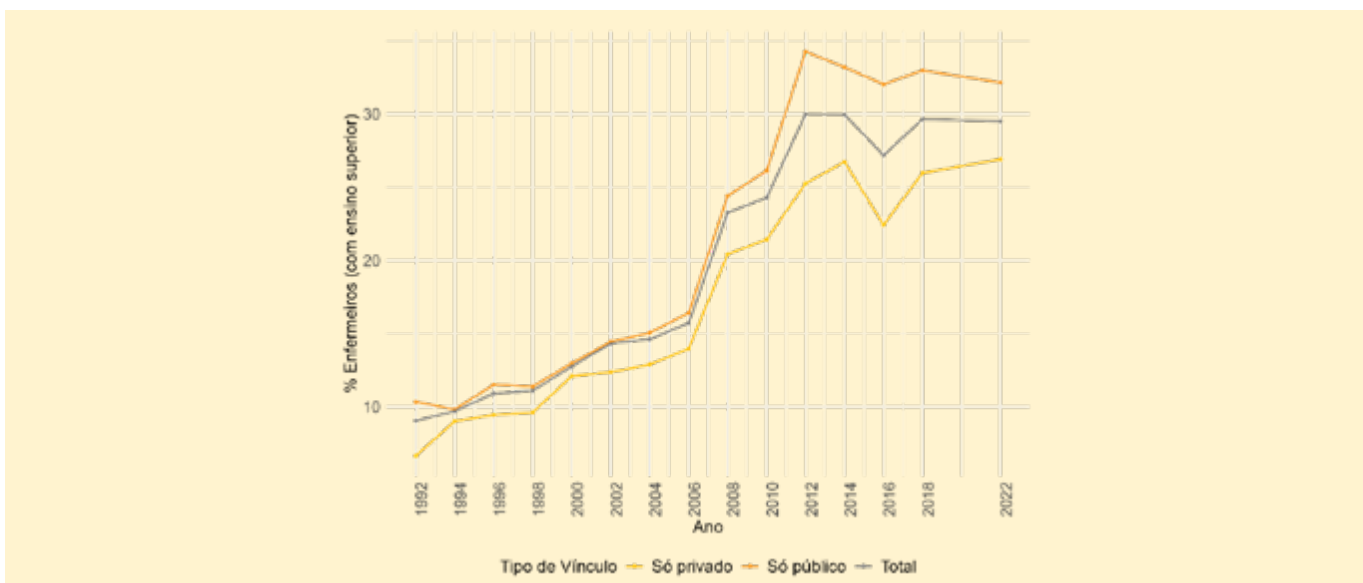
FIGURA 10 - TOTAL E PROPORÇÃO DE ENFERMEIROS POR TIPO DE VÍNCULO, 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.

Elaborado pelos autores.

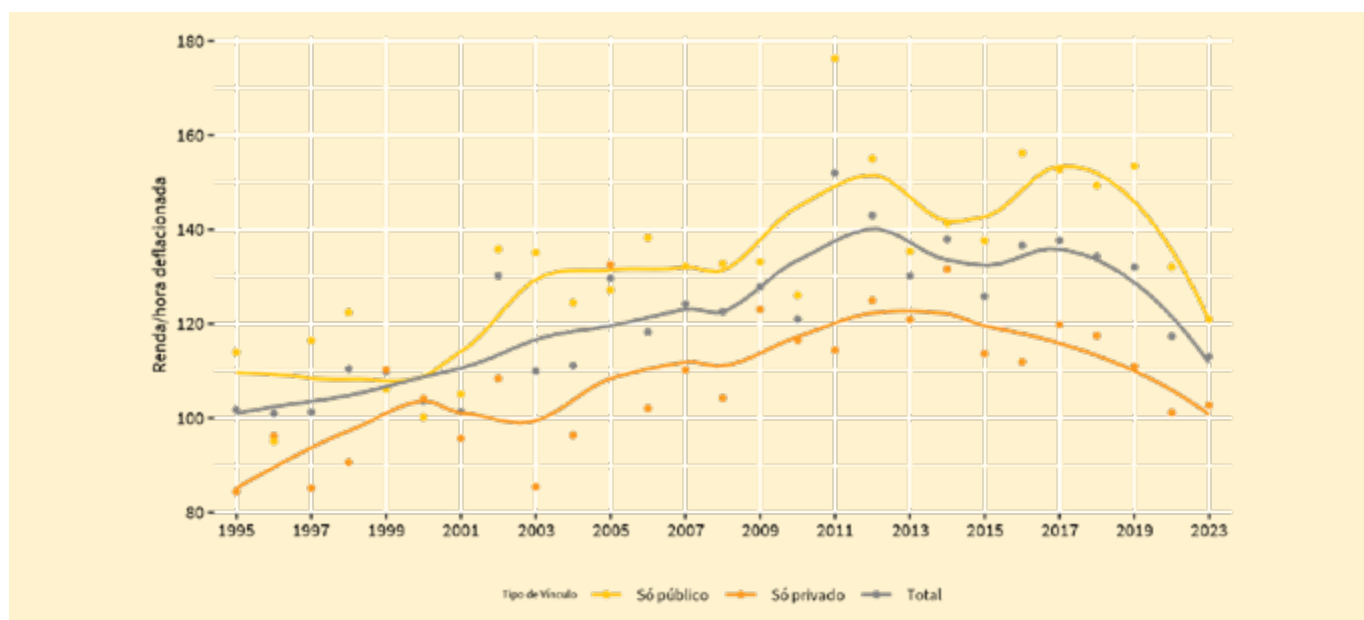
FIGURA 11 - PROPORÇÃO DE ENFERMEIROS NA CATEGORIA DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023. Elaborado pelos autores. Nota: Devido a maior variabilidade da amostra para os enfermeiros com prática no setor público e privado - por representar um grupo pequeno, essa categoria foi excluída da Figura.

Ao contrário da dinâmica observada entre médicos, não encontramos uma relação entre a evolução da proporção de enfermeiros em diferentes tipos de vínculos e a evolução dos rendimentos médios para cada tipo de vínculo, conforme demonstrado na **FIGURA 12**. Além disso, no caso dos enfermeiros, aqueles que trabalham exclusivamente no setor público possuem, em média, uma remuneração superior aos profissionais do setor privado, diferentemente do observado entre os médicos. Tanto os enfermeiros do setor público como do setor privado apresentam tendência de rendimento similar, observando um aumento do rendimento até cerca de 2013, com uma inversão da tendência nesse período. Desde então há uma redução no rendimento por hora desses profissionais em ambos os setores.

FIGURA 12 - RENDIMENTO POR HORA MÉDIO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR TIPO DE VÍNCULO, DEFLACIONADO A PREÇOS DE 2023 - 1992 A 2023

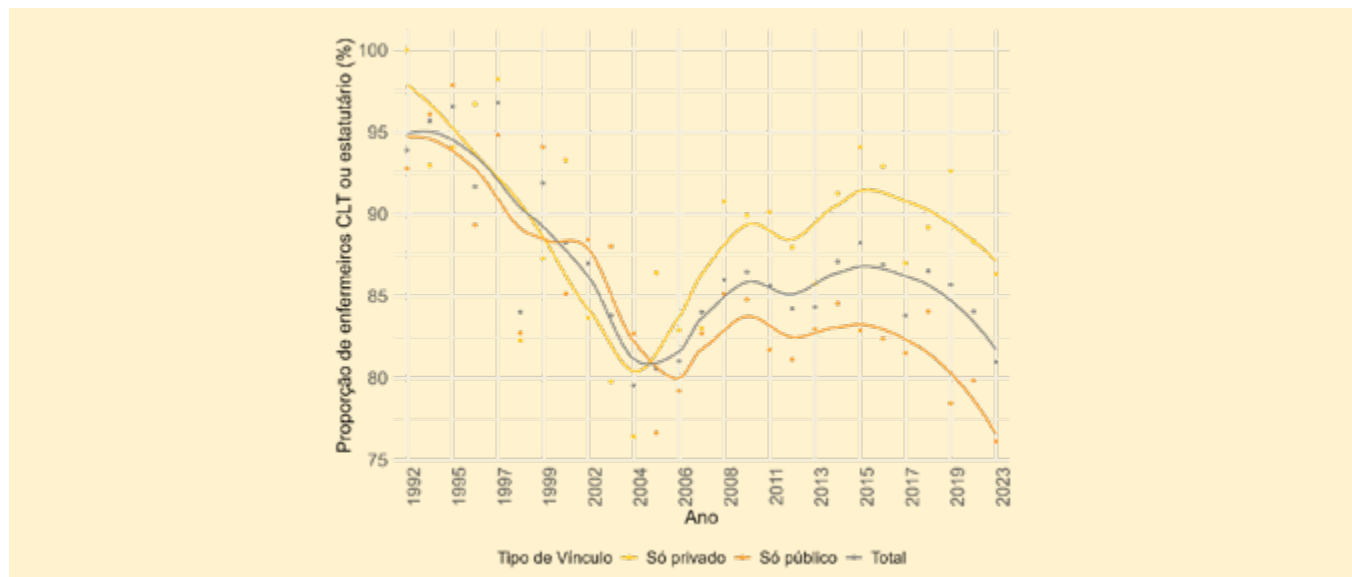


Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1995 a 2023.
Elaborado pelos autores. Nota 1: Valores deflacionados utilizando o IPCA, do IBGE de 1995 a 2023. Nota 2: Foi utilizada metodologia de regressão local ou LOESS para visualizar tendências nos dados (técnica de suavização). Essa técnica é usada para capturar a tendência central sem a necessidade de presumir uma relação linear específica entre variáveis. Optamos por não incluir os intervalos de confiança nas linhas suavizadas para manter o gráfico limpo e focado na identificação das tendências principais.

A análise da proporção de enfermeiros com vínculo CLT ou estatutário por setor de atuação no período de 1992 a 2023 revela diferenças significativas em relação ao mercado de médicos. Em comparação com os médicos, os enfermeiros apresentam uma proporção maior de profissionais com vínculos CLT ou estatutário (**FIGURA 13**). Além disso, a diferença entre o setor privado e o setor público é menor no caso dos enfermeiros. Notavelmente, ao contrário dos médicos, os enfermeiros no setor privado possuem uma porcentagem maior desses tipos de vínculo do que aqueles que atuam exclusivamente no setor público.

Uma similaridade observada em relação ao mercado médico é a diminuição da proporção de enfermeiros com vínculos formais ao longo do período analisado, especialmente desde 2011/12, e de forma mais acentuada entre aqueles atuando no setor público. Essa tendência sugere uma mudança nas formas de contratação e um possível aumento de contratos temporários e outras formas de contratação entre os enfermeiros, semelhante ao observado entre os médicos.

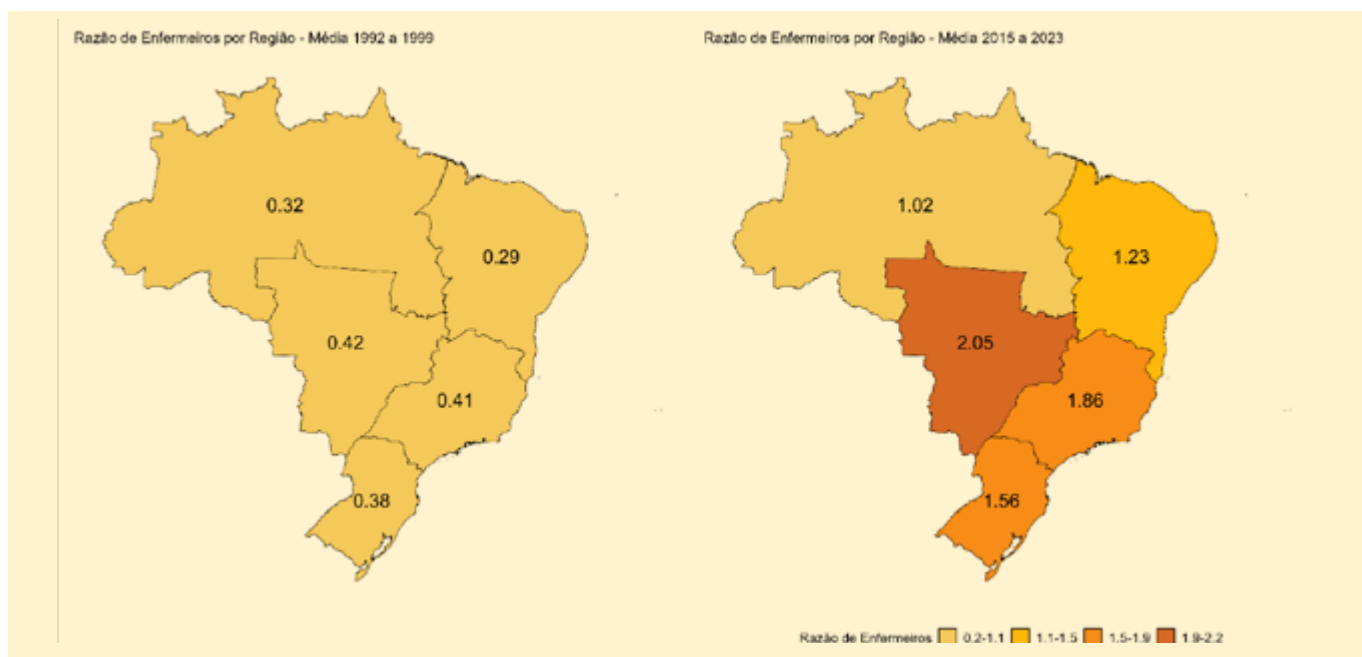
FIGURA 13 - PROPORÇÃO DE ENFERMEIROS COM VÍNCULO CLT OU ESTATUTÁRIO POR TIPO DE VÍNCULO E ANO - 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.
Elaborado pelos autores. Nota: Foi utilizada metodologia de regressão local ou LOESS para visualizar tendências nos dados (técnica de suavização). Essa técnica é usada para capturar a tendência central sem a necessidade de presumir uma relação linear específica entre variáveis. Optamos por não incluir os intervalos de confiança nas linhas suavizadas para manter o gráfico limpo e focado na identificação das tendências principais.

Por meio dos mapas, é possível observar um aumento na densidade de enfermeiros por 1000 habitantes ao longo do período analisado, sugerindo uma melhoria no acesso a profissionais de saúde em diversas regiões. Entretanto, ainda é evidente a existência de disparidades regionais, com algumas regiões, como Norte e Nordeste, mantendo baixas densidades ao longo dos anos estudados (**FIGURA 14**).

FIGURA 14 - MAPA DA RAZÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR 1.000 HABITANTES POR UF - 1992 A 2023



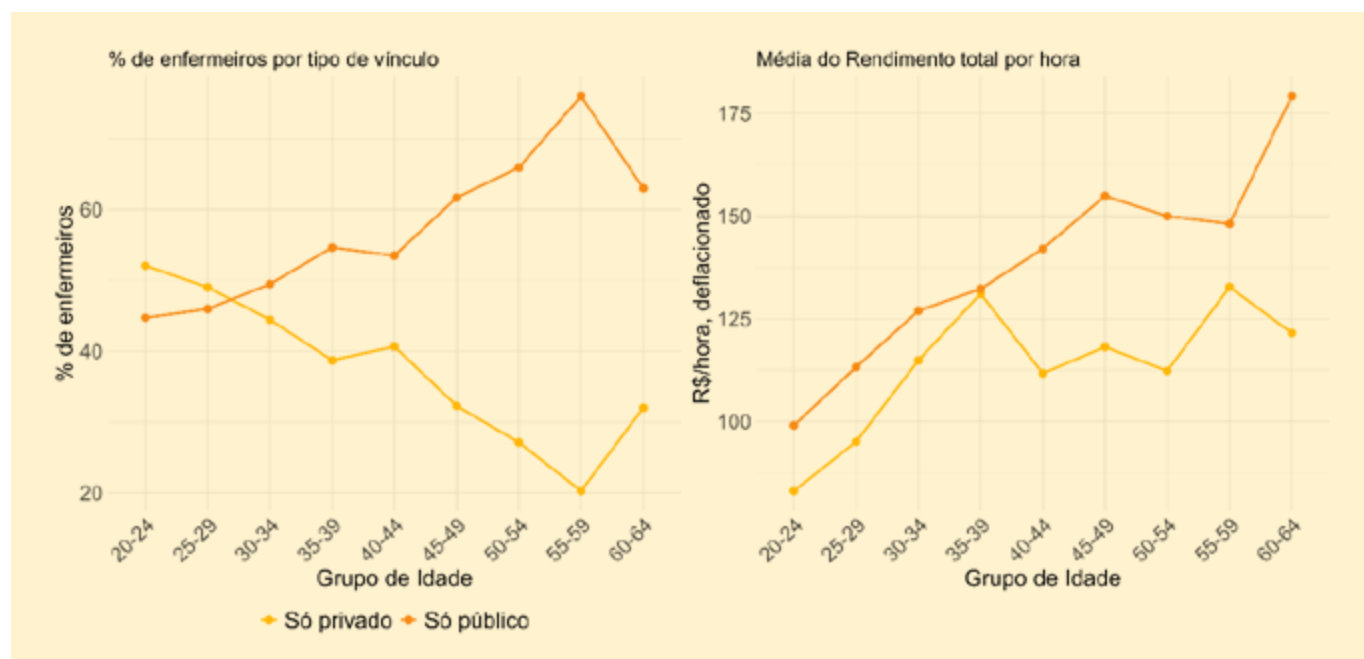
Fonte: Total de profissionais de enfermagem da PNAD e PNADc, IBGE – 1992 a 2022; e População de IBGE- 1992, a 2022. Nota: Os intervalos foram definidos ad hoc para o período de 2015 a 2022, e aplicado esse intervalo fixo para os demais períodos.

5.4.2 Caracterização dos enfermeiros por tipo de vínculo

Nossa análise investigou a distribuição dos enfermeiros por tipo de vínculo empregatício e faixa etária, buscando identificar padrões em suas carreiras. Observamos que, no início da trajetória profissional (20 a 29 anos), há uma representação maior no setor privado. Entretanto, à medida que os enfermeiros envelhecem, essa tendência se inverte, com mais profissionais migrando para o setor público a partir dos 30 anos, atingindo mais de 70% entre os 55 e 59 anos (**FIGURA 15**).

Em relação aos salários, observamos que os enfermeiros tendem a receber uma remuneração maior no setor público do que no privado, e essa diferença salarial aumenta com a idade. Esse padrão de remuneração está alinhado com a transição observada na distribuição dos vínculos empregatícios, sugerindo que salários mais atrativos no setor público podem ser um fator influente para profissionais de enfermagem mais experientes. Vale destacar a distinção entre esses profissionais e médicos: enquanto os médicos mais experientes tendem a atuar predominantemente no setor privado (onde encontram uma remuneração média mais elevada), os enfermeiros mais experientes atuam mais no setor público, onde recebem uma remuneração média mais alta.

FIGURA 15 - PERCENTUAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR TIPO DE VÍNCULO E GRUPO DE IDADE, 1992 A 2022

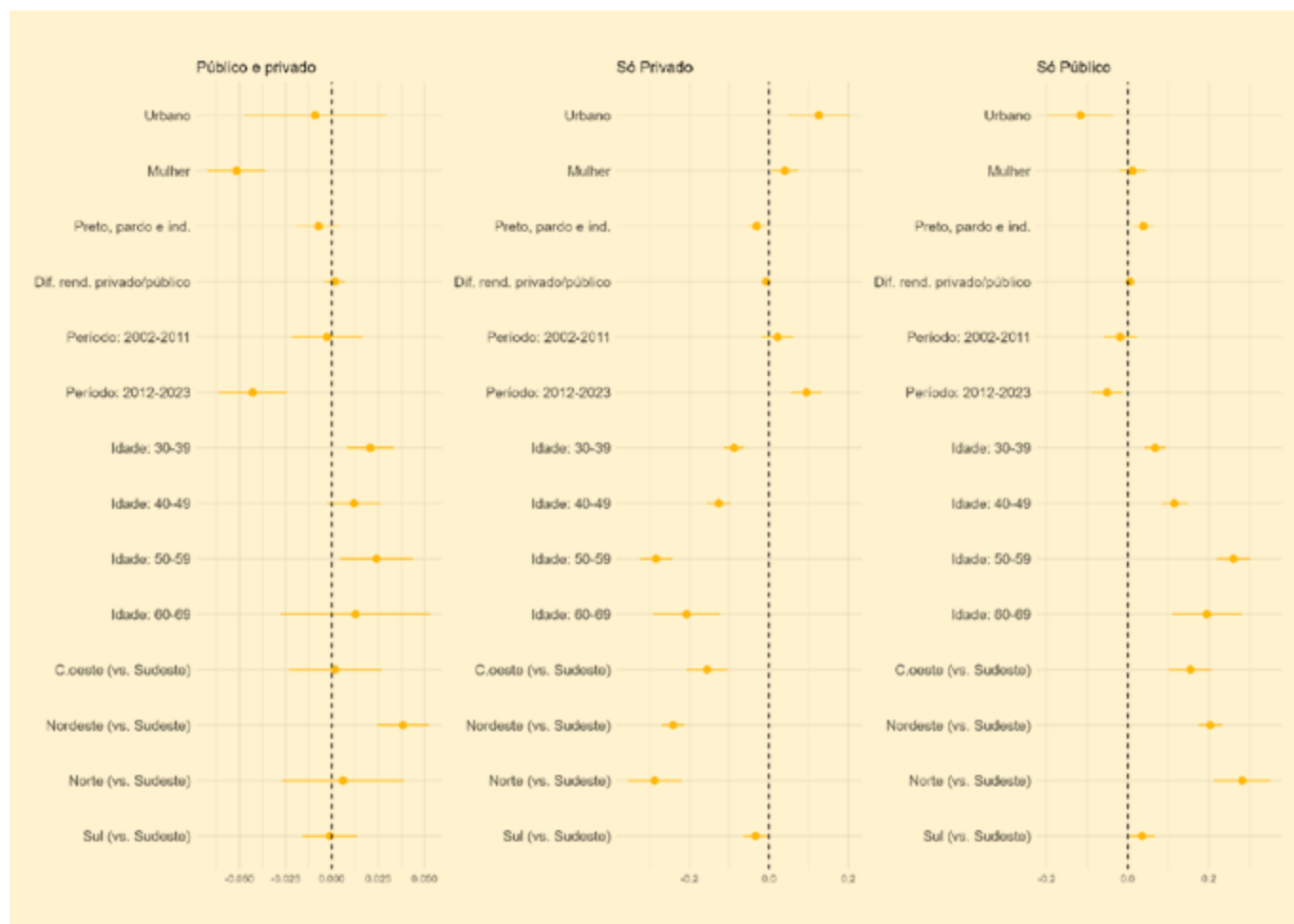


Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2022.
Elaborado pelos autores.

Utilizando os dados das PNAD e PNADc, conduzimos uma análise de regressão que associa a categoria do tipo de vínculo do enfermeiro (com três variáveis dependentes distintas, indicando se o profissional atua exclusivamente no setor privado, no setor público, ou mantém prática dual) com diversas características observáveis dos profissionais (variáveis independentes). O objetivo é analisar as variações nos perfis desses trabalhadores em relação aos tipos de vínculos estabelecidos. Incluímos as mesmas variáveis apresentadas no caso dos médicos. Também incluímos efeito fixo de ano para controlar fatores sistemáticos que possam influenciar o tipo de vínculo de todos os enfermeiros em determinado ano.

Observamos que a probabilidade de os profissionais de enfermagem atuarem no setor privado se reduz com a idade, enquanto a probabilidade de se dedicar exclusivamente ao setor público aumenta com a faixa etária, mesmo após controlar para outras características, tais como gênero, raça e região (**FIGURA 16**). Adicionalmente, os resultados revelam padrões regionais distintos na distribuição de profissionais. Observa-se que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste há uma maior proporção desses profissionais com vínculos exclusivamente em instituições públicas de saúde em comparação com a região Sudeste, similar ao observado entre os médicos (**FIGURA 16**). Ademais, residir em regiões rurais (não urbanas) está associada a maior probabilidade em atuar no setor público. Essas relações encontradas parecem persistentes ao longo do período, conforme a análise da relação por período apresentada no Anexo I.

FIGURA 16 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE VÍNCULO E AS CARACTERÍSTICAS DOS ENFERMEIROS, 1992 A 2023



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2023.
Elaborado pelos autores.

Para analisar como a escolha do tipo de vínculo está relacionada aos diferentes resultados no mercado de trabalho, realizamos uma regressão em que associamos esses resultados no mercado de trabalho ao tipo de vínculo dos profissionais de enfermagem, controlando por outras características que também estão relacionados a esses resultados, como sexo, idade, região, ano e, no caso desses profissionais também controlamos para se tem



educação superior. Os resultados apresentados na **TABELA 2** refletem as diferenças nas variáveis de resultado do mercado de trabalho ao comparar os profissionais que atuam exclusivamente no setor público com aqueles que possuem prática dual ou trabalham exclusivamente no setor privado.

Em média, aqueles que possuem uma prática dual possuem cerca de 1 (0,95) emprego adicional em comparação com aqueles que trabalham exclusivamente no setor público, enquanto aqueles exclusivamente do setor privado não têm diferença no número de emprego em relação àqueles que atuam apenas no setor público, sendo a média próxima de 1 emprego. É pouco comum os profissionais de enfermagem terem mais de um emprego. No que se refere às horas trabalhadas semanalmente, os enfermeiros com prática dual trabalham cerca de 22 horas a mais por semana do que aqueles que trabalham exclusivamente no setor público, enquanto os enfermeiros do setor privado trabalham, em média, 1,7 hora a mais.

Quanto ao rendimento total mensal, conforme esperado devido ao maior número de empregos e horas trabalhadas, os profissionais de enfermagem com prática dual ganham em média 49% a mais do que os exclusivamente do setor público. Após controlarmos pelas horas trabalhadas, essa diferença diminui significativamente para cerca de 5%. Já os profissionais do setor privado, além de trabalharem mais horas por semana em média, têm um rendimento total 16% menor do que aqueles exclusivamente do setor público, e menos 19,7% no rendimento por hora.

Quanto ao tipo de contratação, observa-se uma proporção maior de contratos fixos do tipo CLT entre os trabalhadores do setor privado em comparação com aqueles que optam pela prática no setor público, resultado contrário ao observado entre os médicos. No Anexo II, apresentamos os mesmos resultados segmentados em três períodos distintos: de 1992 a 2001, de 2002 a 2011 e de 2012 a 2019, com o objetivo de analisar possíveis mudanças nessas relações ao longo do tempo. Observa-se que não houve alterações significativas na diferença no número de empregos e horas trabalhadas entre os profissionais de enfermagem com prática dual ou do setor privado em relação aos que trabalham exclusivamente do setor público ao longo do período analisado. No entanto, a diferença no rendimento total e no rendimento por hora, para aqueles que atuam no setor privado em relação aos exclusivamente do setor público, aumentou ao longo do tempo. Isto significa que a diferença nos salários do setor privado e público aumentou, com o setor privado pagando relativamente menos que o público, uma tendência oposta ao observado entre os médicos.



TABELA 2 - RELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS NO MERCADO DE TRABALHO E O TIPO DE VÍNCULO DOS ENFERMEIROS, 1992 A 2022

Dependent Variables:	Trabalho	Horas trab. (semana)	Log (Rendimento total)	Log((Rendimento/hora)	CLT/ estatutário	
Model:		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Variables						
factor(tipo_vinc) Público e privado	0.9487***	22.16***	0.4897***	0.0518*	0.1036***	
	(0.0147)	(0.6306)	(0.0311)	(0.0297)	(0.0257)	
factor(tipo_vinc) Só privado	-0.0216*	1.769***	-0.1591***	-0.1973***	0.1165***	
	(0.0111)	(0.3610)	(0.0175)	(0.0155)	(0.0224)	
Médias						
	1,12	42,7	3.024,8	75,3	84,63	
Controles						
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Reg. urbana	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Gênero	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Cor	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Fixed-effects						
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Região	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
Fit statistics						
R²	0.35027	0.17276	0.15455	0.12446	0.10504	
Observations	9,725	9,725	9,423	9,423	8,214	
Clustered (ano)) standard-errors in parentheses						
Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1						

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2022.
Elaborado pelos autores.

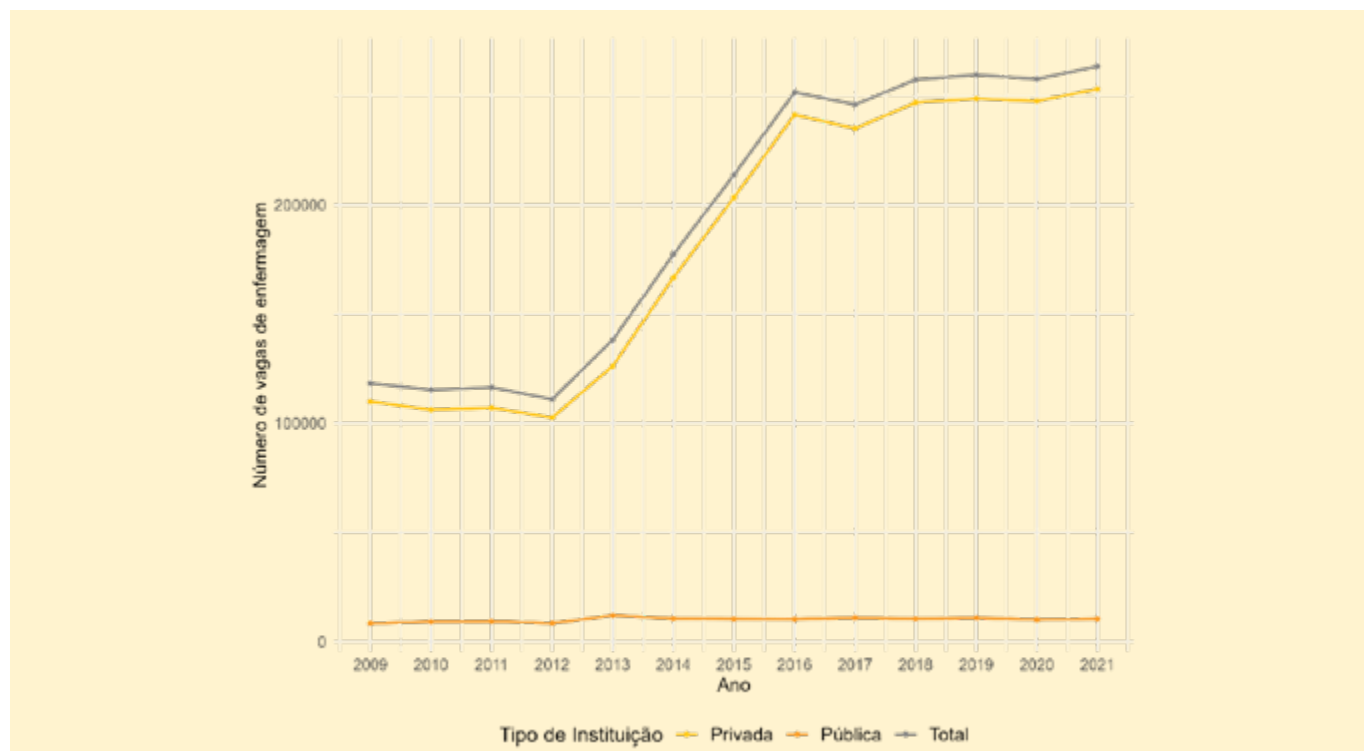
5.4.3 Expectativas para os profissionais de enfermagem

Embora médicos e profissionais de enfermagem tenham demonstrado tendências similares de crescimento nos últimos anos, a análise desta seção sublinha distinções significativas nos mercados de trabalho de ambos. Historicamente, a enfermagem contava com uma maioria expressiva de profissionais no setor público, mas, a diferença no percentual de enfermeiros em cada setor tem diminuído. Independente disso, a carreira de enfermagem tende a inclinar-se mais para o emprego público ao longo do tempo, em contraste com a trajetória observada na medicina.

Ao contrário dos médicos, os enfermeiros no setor público tendem a receber salários superiores aos do privado. Portanto, o vínculo de médicos e enfermeiros com os diferentes setores podem ser explicado, ao menos em parte, pelos diferenciais salariais.

A distribuição dos enfermeiros pelo Brasil, apesar de exibir disparidades regionais, é relativamente mais homogênea que a dos médicos. Embora não haja políticas específicas do governo federal para fomentar a formação em enfermagem, ocorreu um aumento considerável na oferta de vagas em cursos superiores na área. Uma hipótese para essa expansão é a economia de escala alcançada pelas instituições que oferecem cursos de medicina, as quais encontram viabilidade econômica para abrir cursos de enfermagem⁷. Ademais, para o período analisado, houve crescimento de vagas de diversos cursos de formação superior em níveis similares ao da graduação de médicos e enfermeiros⁸, o que indica que outros fatores podem estar influenciando o crescimento das vagas de formação em cursos de nível superior.

FIGURA 17 - TOTAL DE VAGAS EM CURSO SUPERIOR DE ENFERMAGEM, 2009 A 2021



Fonte: Censo do ensino Superior, INEP, 2009 a 2021. Elaborado pelos autores.

7 Durante o período de 2009 a 2021, de acordo com dados do Censo Superior do INEP, cerca de 75% das faculdades de medicina ativas também ofereciam cursos de enfermagem de nível superior. Dentre as faculdades de medicina que iniciaram o funcionamento a partir de 2010, cerca de 60% também possuem curso de enfermagem.

8 Segundo dados do Censo Superior, Sociologia, Medicina veterinária, Psicologia, Odontologia, Agronomia, Filosofia, História, Fisioterapia e Farmácia tiveram crescimentos superiores ou similares ao crescimento observado nos cursos de Enfermagem e Medicina, no período de 2009 a 2021.

O MERCADO DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Conforme visto anteriormente, os enfermeiros correspondem a 30% dos profissionais de enfermagem, enquanto os restantes 70% são técnicos ou auxiliares de enfermagem de nível técnico. Em 2023, o Brasil possuía cerca de 900 mil técnicos e auxiliares de enfermagem, representando a maior categoria de profissionais de saúde analisada neste relatório.

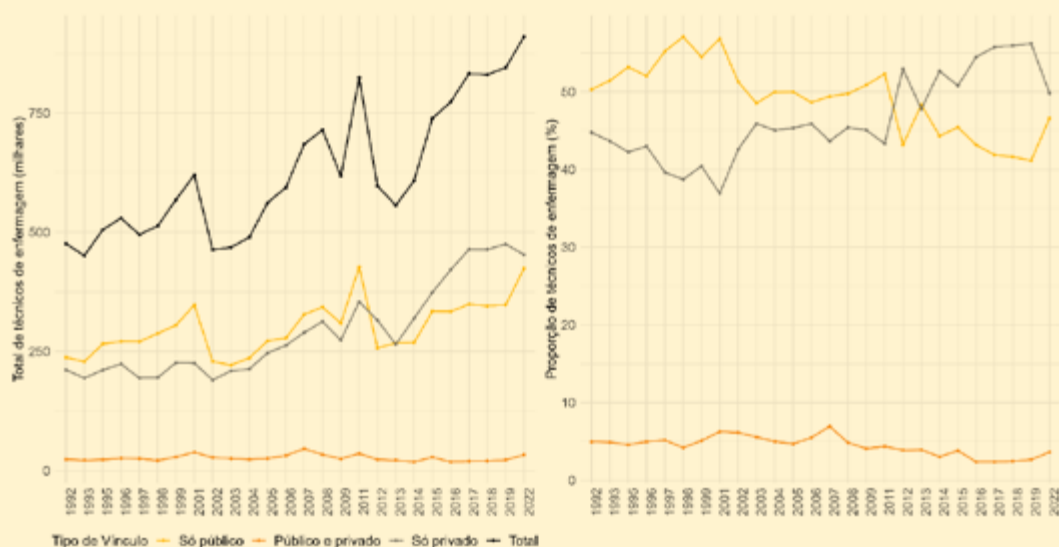
Apesar de, em geral, apresentar um comportamento similar ao dos enfermeiros em termos de oferta entre os setores público e privado, algumas discrepâncias nas tendências entre técnicos de enfermagem e enfermeiros merecem destaque. Primeiramente, os enfermeiros demonstraram um crescimento mais acentuado em comparação com os técnicos e auxiliares de enfermagem. Enquanto o número de enfermeiros mais que triplicou no período analisado, o total de técnicos e auxiliares quase dobrou.

Além disso, enquanto os enfermeiros permanecem majoritariamente no setor público, mesmo no período mais recente, a distribuição dos técnicos de enfermagem apresentou períodos com tendências distintas. Entre 1992 e o início dos anos 2000, houve um aumento contínuo na proporção de profissionais de enfermagem dedicados exclusivamente ao setor público, acompanhado por uma queda equivalente no número de profissionais atuando no setor privado. Esta tendência inicial foi seguida por uma inversão nos primeiros anos da década de 2000 até meados da mesma década. Durante este período, observou-se uma redução na proporção de profissionais de enfermagem atuando exclusivamente no setor público, acompanhada por um incremento proporcional daqueles dedicados apenas ao setor privado (FIGURA 9).

Esta inversão destoa do padrão verificado no caso dos médicos, onde se observa um aumento na proporção de médicos no setor público, em detrimento do setor privado, sugerindo uma possível dinâmica de substituição entre os profissionais nos dois setores (FIGURA 1 E C).

Do início dos anos 2000 até 2015, o mercado de técnicos e auxiliares parece ter evoluído sem muita mudança estrutural. A partir de 2015, porém, observou-se uma mudança na tendência, com um crescimento na proporção de técnicos de enfermagem atuando apenas no setor privado e uma queda na proporção dos profissionais no setor público, a ponto de inverter e passar a ter mais técnicos de enfermagem atuando só no setor privado que no público. No entanto, os dados de 2023 podem indicar uma nova mudança de tendência.

FIGURA C - TOTAL E PROPORÇÃO DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM (NÍVEL TÉCNICO) POR TIPO DE VÍNCULO, 1992 A 2022



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2022.
Elaborado pelos autores.

5.5

Reflexões finais

Este estudo explorou as variações na distribuição de médicos e enfermeiros entre os setores público e privado no Brasil, detalhando como essas tendências evoluíram ao longo de três décadas, de 1992 a 2023. Enquanto a participação de médicos no setor público aumentou até meados dos anos 2000, impulsionada pela consolidação do SUS e incentivos financeiros, uma inversão de tendência surgiu posteriormente, com um crescimento notável da presença de médicos no setor privado, atraídos por melhores remunerações. Principalmente entre os médicos especialistas, vemos forte crescimento na atuação no setor privado. Contrastando, os enfermeiros possuem maior participação no setor público durante todo o período, mas há uma tendência de queda nessa participação e aumento na proporção de enfermeiros atuando no setor privado. Ademais, entre os enfermeiros, a prática dual é significativamente menos comum.

A análise indica que, especialmente no mercado de médicos, onde há maior flexibilidade nos tipos de contrato e arranjos de trabalho, os profissionais respondem fortemente a incentivos de mercado. O aumento expressivo no número de profissionais, particularmente no mercado médico, parece estar causando mudanças estruturais, incluindo a redução do diferencial salarial entre os setores público e privado e o surgimento de novos arranjos de contrato menos rígidos que os tradicionais CLT e estatutário.

Ademais, a análise revela que, apesar do aumento expressivo no número de profissionais de saúde, a distribuição entre os setores não é homogênea, contribuindo para disparidades regionais e dificuldades no acesso a serviços de saúde em alguns locais. A concentração de profissionais em centros urbanos, em detrimento de áreas remotas e carentes, é um desafio persistente que compromete a oferta de serviços pelo SUS. A análise indica que, especialmente no mercado de médicos, onde há maior flexibilidade nos tipos de contrato e arranjos de trabalho, os profissionais respondem fortemente a incentivos financeiros.

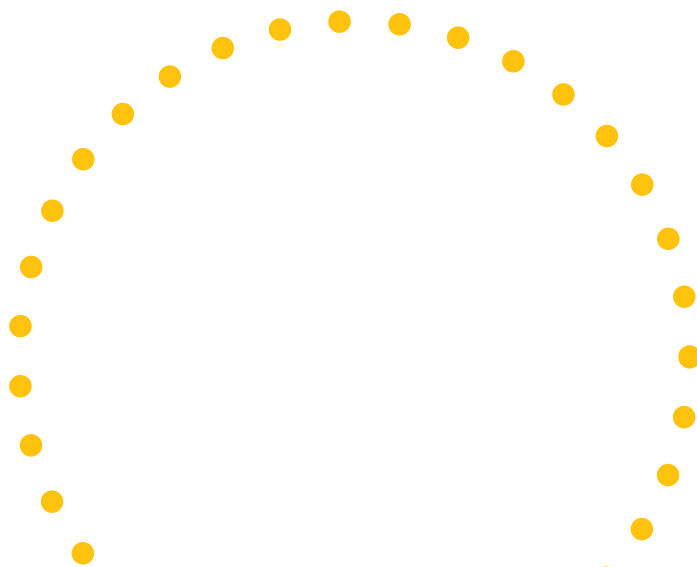
Embora o aumento no número de graduados em medicina e enfermagem ofereça perspectivas para mitigar essas disparidades, é incerto se essa expansão será suficiente para atender plenamente à demanda, especialmente por médicos especialistas. É possível que o crescimento do número



de médicos não seja suficiente para contornar as dificuldades de algumas regiões em atender a demanda por médicos, principalmente por médicos especialistas.

Os resultados também indicam que a atratividade do setor privado, evidenciada pelo crescimento do número de médicos e profissionais de enfermagem atuando exclusivamente neste setor, ressalta a importância de revisar as políticas de incentivo e as condições de trabalho no setor público. Para superar esses obstáculos e garantir um sistema de saúde equitativo e eficaz, é essencial desenvolver estratégias que ofereçam incentivos e oportunidades de desenvolvimento profissional, especialmente em áreas mais remotas e vulneráveis, aumentando a atratividade de tais locais.

Por fim, como os resultados indicaram, é importante destacar que políticas ou variações de condições de mercado de trabalho em um setor (público vs privado) e para determinados profissionais (médicos vs de enfermagem) podem ter consequências diretas para os demais. Setores e ocupações não se comportam como compartimentos estanques já que os mercados de trabalho são integrados e profissionais diferentes podem ser substitutos ou complementares em determinados serviços de saúde. Neste caso, quaisquer políticas de formação de recursos humanos em saúde ou regulações sobre o mercado de trabalho podem ter efeitos de equilíbrio geral de difícil, mas importante e necessária compreensão.





Referências

- Anand, S., & Bärnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: Cross-country econometric study. *The Lancet*, 364(9445), 1603–1609. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17313-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17313-3)
- Barden-O’Fallon, J., Angeles, G., & Tsui, A. (2006). Imbalances in the health labour force: An assessment using data from three national health facility surveys. *Health Policy and Planning*, 21(2), 80–90. <https://doi.org/10.1093/heapol/czj012>
- Bazyar, M., Rashidian, A., Jahanmehr, N., Behzadi, F., Moghri, J., & Doshmangir, L. (2018). Prohibiting physicians’ dual practice in Iran: Policy options for implementation. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(3). <https://doi.org/10.1002/hpm.2524>
- Cheng, T. C., Joyce, C. M., & Scott, A. (2013). An empirical analysis of public and private medical practice in Australia. *Health Policy*, 111(1), 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.03.011>
- Costa, F., Nunes, L., & Sanches, F. M. (2024). How to Attract Physicians to Underserved Areas? Policy Recommendations from a Structural Model. *Review of Economics and Statistics*, 106(1), 36–52. https://doi.org/10.1162/rest_a_01155
- Dussault, G., & Dubois, C.-A. (2003). Human resources for health policies: A critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-1>
- Dussault, G., & Vujicic, M. (2008). Demand and Supply of Human Resources for Health. Em *International Encyclopedia of Public Health* (p. 77–84). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00162-3>
- Eggleston, K., & Bir, A. (2006). Physician dual practice. *Health Policy*, 78(2–3), 157–166. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.09.007>
- Figueiredo, J. O., Prado, N. M. D. B. L., Medina, M. G., & Paim, J. S. (2018). Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate*, 42(spe2), 37–47. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s203>
- Fritzen, S. A. (2007). Strategic management of the health workforce in developing countries: What have we learned? *Human Resources for Health*, 5(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-5-4>
- García-Prado, A., & González, P. (2007). Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. *Health Policy*, 84(2–3), 142–152. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.03.006>
- González, P., & Macho-Stadler, I. (2013). A theoretical approach to dual practice regulations in the health sector. *Journal of Health Economics*, 32(1), 66–87. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.08.005>
- Gruen, R., Anwar, R., Begum, T., Killingsworth, J. R., & Normand, C. (2002). Dual job holding practitioners in Bangladesh: An exploration. *Social Science & Medicine*, 54(2), 267–279. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00026-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00026-0)



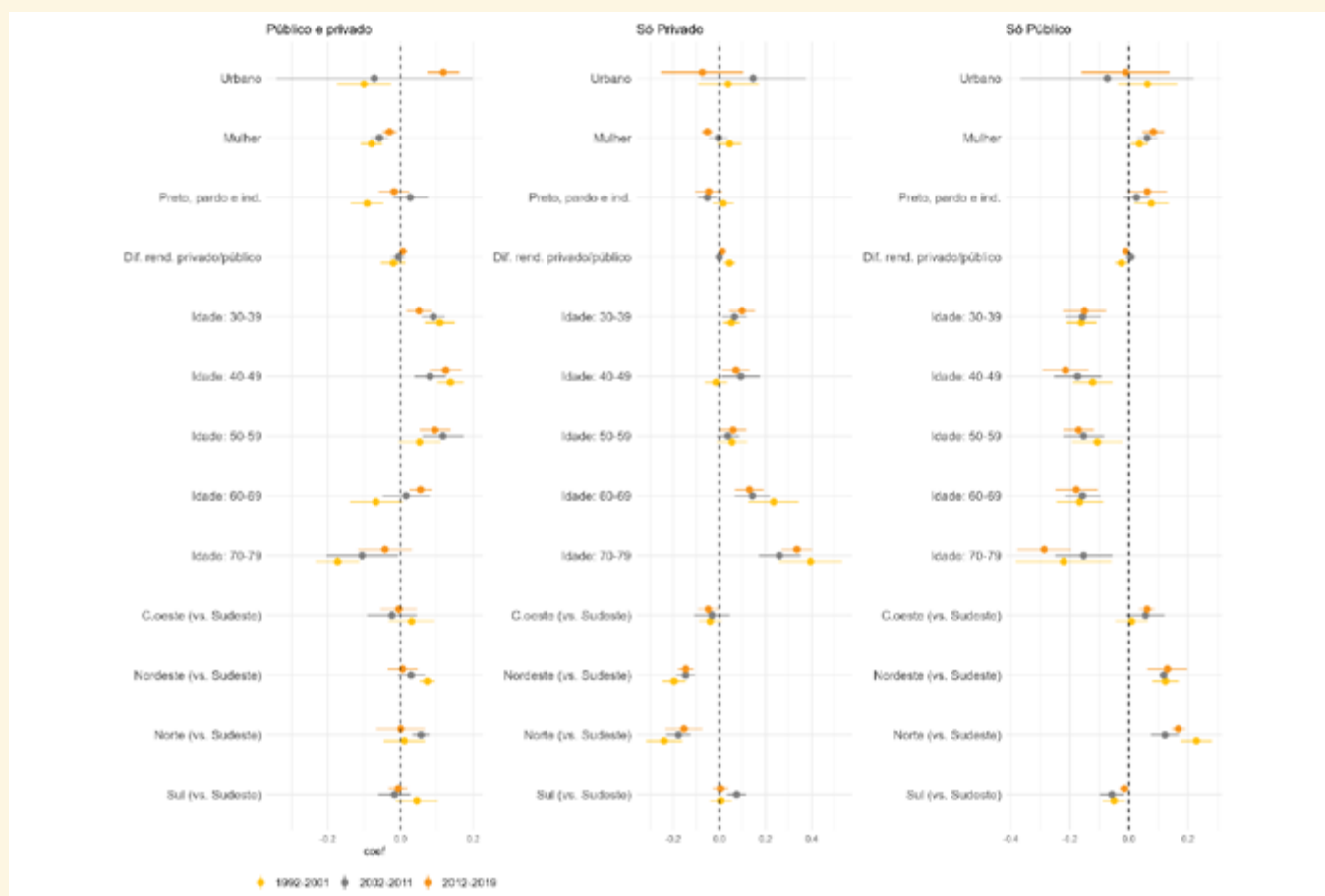
- Jack, W., De Laat, J., Hanson, K., & Soucat, A. (2010). *Incentives and Dynamics in the Ethiopian Health Worker Labor Market*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-8358-2>
- Kankaanranta, T., Nummi, T., Vainiomäki, J., Halila, H., Hyppölä, H., Isokoski, M., Kujala, S., Kumpusalo, E., Mattila, K., Virjo, I., Vänskä, J., & Rissanen, P. (2007). The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private. *Health Policy*, 83(1), 50–64. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.11.010>
- Lei No 14.621 (2023). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14621.htm
- Liang, S., Macinko, J., Yue, D., & Meng, Q. (2019). The impact of the health care workforce on under-five mortality in rural China. *Human Resources for Health*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0357-5>
- Machado, M. H. (2017). *Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil*. COFEN/ FIOCRUZ.
- Machado, M. H., de Lacerda, F., & Justino, E. (2016). Mercado de trabalho em enfermagem no âmbito do SUS: uma abordagem a partir da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. *M. H.*, 56.
- Marinho, G. L., & Queiroz, M. E. V. D. (2023). Cobertura populacional de enfermeiros no Brasil: Estimativas com base em diferentes fontes de dados. *Trabalho, Educação e Saúde*, 21, e00916202. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs916>
- Michael, T., Filc, D., & Davidovitch, N. (2022). What motivates physicians to propose private services in a mixed private-public healthcare system? A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07474-9>
- Midttun, L. (2007). Private or public? An empirical analysis of the importance of work values for work sector choice among Norwegian medical specialists. *Social Science & Medicine*, 64(6), 1265–1277. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.003>
- Ministério da Saúde & Ministério da Educação. (2023, outubro 4). *Lançado edital com regras para novos cursos de Medicina*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/lançado-edital-com-regras-para-novos-cursos-de-medicina-e-desconcentração-das-vagas-de-formação-dos-profissionais>
- Oliveira, A. P. C. D., Gabriel, M., Poz, M. R. D., & Dussault, G. (2017). Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1165–1180. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>
- Saether, E. M. (2005). Physicians' Labour Supply: The Wage Impact on Hours and Practice Combinations. *Labour*, 19(4), 673–703. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9914.2005.00317.x>
- Scheffer, M. (2023). *Demografia Médica no Brasil 2023* (6o ed). Cristiane de Jesus Almeida.
- Scheffler, R. M., Herbst, C. H., Lemiere, C., & Campbell, J. (2016). *Health Labor Market Analyses in Low- and Middle-Income Countries*.
- Socha, K. Z., & Bech, M. (2011). Physician dual practice: A review of literature. *Health Policy*, 102(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.10.017>
- Szklo, M., Clarke, D., & Rocha, R. (2024). *Does Increasing Public Spending in Health Improve Health? Lessons from a Constitutional Reform in Brazil*.
- Thornton, J., & Esposto, F. (2003). How important are economic factors in choice of medical specialty? *Health Economics*, 12(1), 67–73. <https://doi.org/10.1002/hec.682>
- Tuohy, C. H., Flood, C. M., & Stabile, M. (2004). How Does Private Finance Affect Public Health Care Systems? Marshaling the Evidence from OECD Nations. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29(3), 359–396. <https://doi.org/10.1215/03616878-29-3-359>
- World Health Organization. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*. 71.



Anexos

Anexo I: Análise das características associadas a escolha por tipo de vínculo dos profissionais de saúde

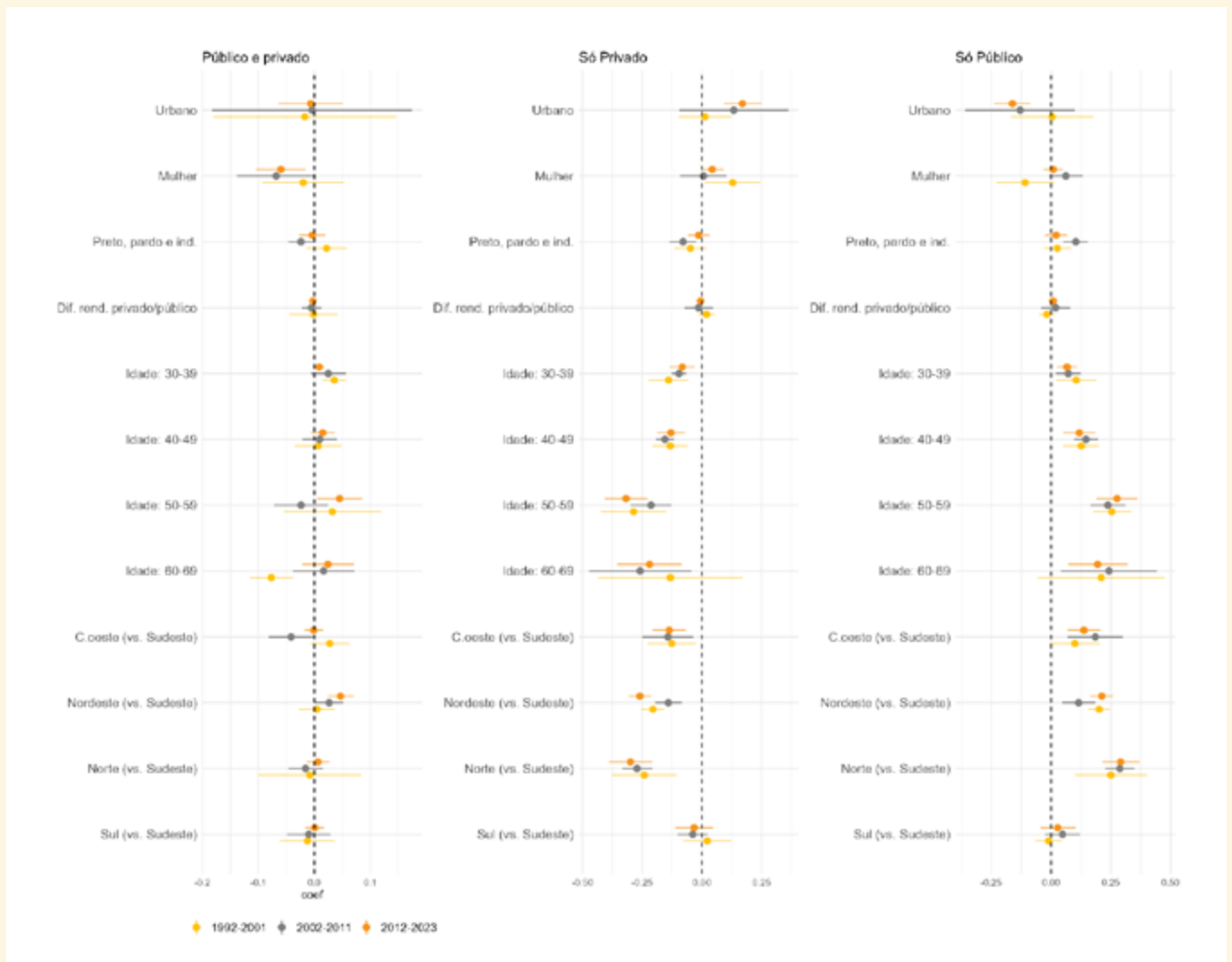
FIGURA 15 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE VÍNCULO E AS CARACTERÍSTICAS DOS MÉDICOS POR PERÍODO, 1992 A 2019



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.
Elaborado pelos autores.



FIGURA 16 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE VÍNCULO E AS CARACTERÍSTICAS DOS ENFERMEIROS POR PERÍODO, 1992 A 2019



Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.
Elaborado pelos autores.

Anexo II: Análise da relação entre o tipo de vínculo e resultados no mercado de trabalho dos profissionais de saúde por período

TABELA 3 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE EMPREGOS E HORAS TRABALHADAS E O TIPO DE VÍNCULO DOS MÉDICOS POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	Log(Rendimento total)				Log(Rendimento/hora)			
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables								
Público e privado	0.4331*** (0.0174)	0.5329*** (0.0464)	0.3773*** (0.0166)	0.4372*** (0.0218)	0.2439*** (0.0176)	0.3374*** (0.0472)	0.1995*** (0.0163)	0.2550*** (0.0289)
Só privado	0.1595*** (0.0237)	0.2778*** (0.0449)	0.1041** (0.0419)	0.1880*** (0.0167)	0.1990*** (0.0262)	0.3929*** (0.0396)	0.1731*** (0.0375)	0.1662*** (0.0287)
Reg. urbana	0.0853 (0.0511)	0.0845 (0.1382)	-0.0172 (0.0923)	0.1419 (0.0762)	0.0363 (0.0639)	0.0248 (0.1868)	-0.0840 (0.1185)	0.0805 (0.0761)
Preto, pardo ou indígena	-0.1293*** (0.0293)	-0.1818** (0.0582)	-0.1016*** (0.0270)	-0.0837* (0.0357)	-0.1030*** (0.0350)	-0.1243* (0.0488)	-0.0459 (0.0281)	-0.0763* (0.0399)
Mulher	-0.3427*** (0.0284)	-0.5626*** (0.0477)	-0.3373*** (0.0299)	-0.2424*** (0.0246)	-0.1807*** (0.0210)	-0.3275*** (0.0273)	-0.1806*** (0.0211)	-0.1095*** (0.0278)
Médias								
	16.838,9	14.758,4	15.407,8	18.519,3	375,92	331,74	330,74	420,93
Controles								
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects								
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Região	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics								
R2	0.24203	0.32272	0.28695	0.18653	0.19634	0.26572	0.22345	0.15350
Observations	13,903	3,105	4,594	5,564	13,898	3,103	4,591	5,564

Clustered (ano) standard-errors in parentheses
Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.
Elaborado pelos autores.



TABELA 4 - RELAÇÃO ENTRE RENDIMENTO TOTAL E RENDIMENTO POR HORA E O TIPO DE VÍNCULO DOS MÉDICOS POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	Trabalhos			Horas trabalhadas (semana)				
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables								
Público e privado	0.8834***	0.8412***	0.7948***	0.9669***	8.688***	8.206***	8.585***	8.245***
	(0.0211)	(0.0359)	(0.0167)	(0.0308)	(0.5459)	(1.135)	(0.8498)	(1.091)
Só privado	-0.0452*	-0.0849**	-0.1350***	0.0328	-1.387**	-4.138***	-2.416***	1.098
	(0.0231)	(0.0305)	(0.0357)	(0.0343)	(0.5821)	(0.8658)	(0.5359)	(0.9894)
Reg. urbana	0.1120**	0.1153	0.2198**	0.0803	0.7476	0.3158	1.241	1.923
	(0.0489)	(0.0936)	(0.0863)	(0.0678)	(1.490)	(2.705)	(2.475)	(2.520)
Preto, pardo ou indígena	-0.0186	0.0423	-0.0367	-0.0102	-1.039*	-1.741*	-2.330**	-0.1529
	(0.0150)	(0.0270)	(0.0319)	(0.0275)	(0.5410)	(0.7487)	(0.8605)	(0.9111)
Mulher	-0.1226***	-0.2047***	-0.1286***	-0.0812**	-6.990***	-10.18***	-6.730***	-5.793***
	(0.0177)	(0.0267)	(0.0297)	(0.0334)	(0.5059)	(0.8159)	(0.8015)	(0.6940)
Médias								
	1,59	1,66	1,68	1,52	48,3	47,7	49,98	47,16
Controles								
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects								
Factor(ano)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics								
R2	0.30802	0.33856	0.31056	0.29489	0.11152	0.16237	0.11555	0.09406
Observations	15,785	3,942	4,830	5,568	15,785	3,942	4,830	5,568

Clustered (ano) standard-errors in parentheses

Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.

Elaborado pelos autores.



TABELA 5 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE CONTRATAÇÃO E O TIPO DE VÍNCULO DOS MÉDICOS POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	CLT ou estatutário			
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables				
Público e privado	-0.0977*** (0.0245)	0.0578 (0.0419)	0.0589** (0.0248)	-0.1641*** (0.0324)
Só privado	-0.2906*** (0.0488)	0.1358*** (0.0308)	0.0724** (0.0256)	-0.4624*** (0.0259)
Reg. urbana	0.0238 (0.0524)	0.0847 (0.1464)	0.1694 (0.2373)	-0.0022 (0.0311)
Preto, pardo ou indígena	-0.0041 (0.0158)	0.0476** (0.0177)	-0.0532 (0.0402)	-0.0155 (0.0197)
Mulher	0.0574*** (0.0118)	0.1119*** (0.0297)	0.0273 (0.0169)	0.0371 (0.0203)
Médias				
	48,62	59,14	53,35	46,54
Controles				
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects				
Factor(ano)	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics				
R2	0.11727	0.10728	0.07118	0.19660
Observations	10,466	1,449	2,004	5,568

Clustered (ano)) standard-errors in parentheses

Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.

Elaborado pelos autores.

TABELA 6 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE EMPREGOS E HORAS TRABALHADAS E O TIPO DE VÍNCULO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	Trabalhos				Horas trabalhadas (semana)			
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables								
Público e privado	0.9690*** (0.0066)	0.9881*** (0.0113)	0.9674*** (0.0094)	0.9518*** (0.0131)	25.02*** (0.5068)	26.22*** (0.4755)	25.45*** (0.9265)	23.39*** (0.7365)
Só privado	0.0002 (0.0042)	0.0242*** (0.0063)	-0.0094 (0.0054)	-0.0038 (0.0065)	2.716*** (0.2358)	4.492*** (0.1222)	2.544*** (0.3112)	2.254*** (0.3045)
Graduação enf.	0.0412*** (0.0053)	0.0647*** (0.0116)	0.0689*** (0.0128)	0.0237*** (0.0025)	0.3196* (0.1700)	-0.0020 (0.4760)	0.7974* (0.4043)	0.1193 (0.2211)
Reg. urbana	0.0190*** (0.0062)	-0.0098 (0.0123)	0.0316** (0.0098)	0.0213** (0.0077)	1.327*** (0.2752)	1.554* (0.6804)	0.8223 (0.4772)	1.303*** (0.3662)
Preto, pardo ou indígena	0.0035 (0.0032)	0.0060 (0.0089)	0.0037 (0.0062)	0.0020 (0.0047)	0.4136*** (0.1397)	0.4147 (0.3440)	0.3694 (0.2795)	0.4542* (0.2089)
Mulher	-0.0502*** (0.0062)	-0.0267** (0.0108)	-0.0471*** (0.0095)	-0.0585*** (0.0097)	-2.297*** (0.2339)	-2.348*** (0.2239)	-2.363*** (0.6564)	-2.247*** (0.3437)
Médias								
	1,12	1,12	1,14	1,10	42,7	42,79	43,66	42,17
Controles								
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects								
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Região	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics								
R2	0.37059	0.45776	0.39004	0.31723	0.17025	0.21100	0.18743	0.13767
Observations	49,844	10,277	13,689	23,332	49,844	10,277	13,689	23,332

Clustered (ano)) standard-errors in parentheses S

ignif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.

Elaborado pelos autores.

TABELA 7 - RELAÇÃO ENTRE RENDIMENTO TOTAL E RENDIMENTO POR HORA E O TIPO DE VÍNCULO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	Trabalhos				Horas trabalhadas (semana)			
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables								
Público e privado	0.5205*** (0.0181)	0.5919*** (0.0386)	0.5214*** (0.0333)	0.4783*** (0.0206)	0.0350** (0.0159)	0.0812 (0.0433)	0.0280 (0.0277)	0.0200 (0.0195)
Só privado	-0.1132*** (0.0106)	-0.0201 (0.0229)	-0.1434*** (0.0157)	-0.1229*** (0.0105)	-0.1723*** (0.0092)	-0.1161*** (0.0260)	-0.2009*** (0.0164)	-0.1743*** (0.0105)
Graduação enf.	0.6472*** (0.0117)	0.6218*** (0.0312)	0.7210*** (0.0162)	0.6291*** (0.0093)	0.6398*** (0.0123)	0.6133*** (0.0316)	0.7032*** (0.0171)	0.6267*** (0.0121)
Reg. urbana	0.2880*** (0.0253)	0.4148*** (0.0296)	0.2206*** (0.0202)	0.2102*** (0.0106)	0.2570*** (0.0254)	0.3740*** (0.0327)	0.2039*** (0.0220)	0.1764*** (0.0141)
Preto, pardo ou indígena	-0.0712*** (0.0071)	-0.1067*** (0.0150)	-0.0694*** (0.0130)	-0.0619*** (0.0077)	-0.0812*** (0.0073)	-0.1168*** (0.0184)	-0.0732*** (0.0169)	-0.0749*** (0.0058)
Mulher	-0.1611*** (0.0095)	-0.1544*** (0.0228)	-0.1330*** (0.0135)	-0.1780*** (0.0148)	-0.1176*** (0.0100)	-0.1058*** (0.0233)	-0.0901*** (0.0229)	-0.1350*** (0.0127)
Médias								
	3.024,8	2339.49	2877.68,8	3340.25	75,3	58.21	73.40	82.10
Controles								
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects								
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Região	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics								
R2	0.36289	0.29431	0.33130	0.36163	0.32672	0.24038	0.27389	0.33969
Observations	47,244	7,992	13,450	23,271	47,242	7,992	13,448	23,271

Clustered (ano)) standard-errors in parentheses S

ignif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.

Elaborado pelos autores.



TABELA 8 - RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE CONTRATAÇÃO E O TIPO DE VÍNCULO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR PERÍODO, 1992- 2019

Variável Dependente	CLT ou estatutário			
	(Todos os anos)	(1994-2001)	(2002-2011)	(2012-2019)
Variables				
Público e privado	0.0895*** (0.0138)	0.1179** (0.0383)	0.1932*** (0.0178)	0.0567*** (0.0122)
Só privado	0.1163*** (0.0154)	0.1931*** (0.0278)	0.2393*** (0.0074)	0.0646*** (0.0094)
Graduação enf.	0.0014 (0.0049)	0.0267 (0.0209)	-0.0266*** (0.0049)	0.0026 (0.0061)
Reg. urbana	0.1151*** (0.0166)	0.1607*** (0.0234)	0.0787 (0.0549)	0.0769*** (0.0150)
Preto, pardo ou indígena	-0.0157*** (0.0057)	-0.0070 (0.0107)	-0.0171 (0.0105)	-0.0170* (0.0088)
Mulher	-0.0017 (0.0053)	0.0195 (0.0121)	-0.0106 (0.0137)	-0.0036 (0.0063)
Médias				
	84,63	82,0	82,49	86,0
Controles				
Faixa etária	Yes	Yes	Yes	Yes
Fixed-effects				
Ano	Yes	Yes	Yes	Yes
Região	Yes	Yes	Yes	Yes
Fit statistics				
R2	0.09210	0.18077	0.16694	0.06218
Observations	40,784	6,330	8,576	23,332
Clustered (ano) standard-errors in parentheses				
Signif. Codes: ***: 0.01, **: 0.05, *: 0.1				

Fonte: PNAD e PNADc, IBGE, 1992 a 2019.

Elaborado pelos autores.