



DIVULGAÇÃO

Em Saúde Para Debate

Rio de Janeiro

Número 45

ISSN0103-4383

Maio 2010

Cebes/ Observa RH
Série Gestão do Trabalho – I

S U M Á R I O • S U M M A R Y

EDITORIAL / EDITORIAL 3

APRESENTAÇÃO / PRESENTATION 7

ARTIGOS DE DEBATE / DEBATE ARTICLE

O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e na 11
Perspectivas Estratégia da Saúde da Família
*The Precarious Work in Health: Tendencies and
Perspectives in the Family Health Strategy*
Sabato Girard, Cristina Leite Carvalho,
Lucas Wan Der Mass, Jaqueline Farah,
Jackson Araújo Freire

DEBATES COM O ARTIGO / DEBATES WITH ARTICLE

O Crescimento do Emprego Protegido em Saúde 24
The Growth of the Protected Employment in Health
Felix Rigoli

O Trabalho Precário em Saúde: uma nova orientação 26
Precarious Work in Health: a new direction
Marcia Teixeira

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: 33
O Desafio Sempre Presente
*Work Management Policies at the Health System:
The Always Present Challenge*
Neuza Maria Nogueira Moyses

Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: Análise 42
Comparada da Regulação Profissional
*The Nurses in the Countries of Mercosul:
Comparative Study about the Professional Regulation*
Ana Luiza Stiebler Vieira, Antenor
Amancio Filho, Maria Helena Machado

54 A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde
no Brasil

The feminization in the Health Job Market in Brazil
Monica Wermelinger, Maria Helena Machado,
Maria de Fátima Lobato, Eliane dos Santos
de Oliveira, Neusa Nogueira Moyses,
Wagner Ferraz

71 Mercado de Trabalho dos Odontólogos no Brasil

Labour Market for Dentists in Brazil
Andréa Lanzilotti Cardoso, Ana Luiza
Stiebler Vieira, Maria Helena Machado

80 Estimativa de Demanda por Médicos por Internação
 pelo SUS: Proposta de Modelo de Previsão Baseado em
 Dados da Alta Hospitalar

*Request estimation for Doctors to work for Confinement
at Health Unique System: Proposal of Model of Forecast
based on Hospital Discharge Data*
Sérgio Pacheco de Oliveira

89 Técnicos em Saúde: Constituição de uma Identidade
Health Technicians: The Constitution of an Identity
Monica Wermelinger, Maria Helena Machado,
Antenor Amâncio Filho

105 Para Medir o Trabalho em Saúde no Brasil:

Principais Fontes de Informações
*To Measure the Workforce Market in Health:
Main Information Sources*
Eliane dos Santos de Oliveira,
Maria Helena Machado

126 Indicadores Essenciais para Gestão do Trabalho
Eliane dos Santos de Oliveira

143 Uma homenagem ao Roberto Chabo

A homage to Roberto Chabo
Alan Castro Azevedo e Silva,
Eliane Soares de Azevedo e Silva

Os trabalhos reunidos neste número de nossa *Divulgação* constituem mais uma contribuição do CEBES para a linha de estudos sobre formulação e avaliação de políticas de recursos humanos em saúde. Constituem, igualmente, mais um comprovante dos bons resultados alcançados pela Rede Observatório de Recursos Humanos, iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que completou dez anos de existência em 2009 e que tem contado, durante esse longo período, com o ininterrupto apoio financeiro e técnico do Ministério da Saúde.

Tema fundamental nas origens do pensamento crítico do Movimento Sanitário, a questão de recursos humanos foi tratada, de forma pioneira e com notável argúcia sociológica, por Cecília Donnangelo. Foram seus estudos e levantamentos que fizeram avançar nosso conhecimento sobre as formas de inserção e de organização dos médicos no mercado de trabalho, sempre tomados em correlação com as políticas de saúde vigentes. Cecília continua a ser a grande inspiradora para muitos daqueles que posteriormente vieram a se dedicar à investigação dessa temática.

Ao longo da década de 1970, a teoria sobre o trabalho médico e a descrição da situação e das tendências do mercado de trabalho médico eram as principais preocupações dos estudiosos dessa área. Com suas condições sociais e econômicas peculiares de trabalho, o médico obtinha destaque prioritário como objeto de preocupação. Essa era a época em que se falava de medicina social, e não ainda da saúde coletiva.

O que mudou desde então? Mudou tudo o que foi obrigado a responder às demandas criadas pelo novo

contexto das políticas de saúde e de nosso desenvolvimento econômico-social. Em primeiro lugar, surgiu um novo marco institucional das políticas de saúde, cujo nome é conhecido de toda a população: o SUS. Qualquer discussão dos recursos humanos em saúde deve agora levar necessariamente em conta a existência do SUS, que é um indutor potente da demanda e da oferta de trabalhadores de saúde para uma parte expressiva do mercado de trabalho, tanto pelo lado público quanto pelo privado. Com isso, o médico deixa de ser o único personagem das pesquisas. De fato, o enfermeiro, o odontólogo, os farmacêuticos e os técnicos de saúde passam a ser acompanhados por estudos que se centram tanto no aspecto de formação quanto no de inserção no mercado de trabalho.

Simultaneamente, emerge a questão da avaliação da situação e tendência do universo dos que trabalham em saúde, mais precisamente da força de trabalho em saúde. Ganharam importância estudos que enfocam algumas dimensões específicas dessa força de trabalho, como, por exemplo, a dimensão demográfica (sexo e idade), a geográfica (distribuição no território nacional e, sobretudo, nos municípios), a educacional (nível de escolaridade e capacitação específica), a trabalhista (as tendências sindicais e a precarização do trabalho) e a econômica (salários e contribuições previdenciárias). Não por acaso, a questão dos recursos humanos ganhou fama ao ser comumente considerada o “nó górdio” da gestão do SUS.

Paralelamente, persiste a necessidade de que os investigadores da área estejam atentos a como se comportam as novas e antigas formas de organização corporativa

dos profissionais e as disputas que estabelecem entre si em torno das prerrogativas para o exercício de funções e ocupação de nichos do mercado de trabalho.

Por sua vez, a dimensão internacional foi agregada recentemente, devido à formação do MERCOSUL e ao surgimento dos fluxos migratórios de trabalhadores, que suscitam a questão de registro e controle do exercício profissional. Como é sabido, a formulação de procedimentos reguladores do exercício profissional vem requerendo que se juntem, em busca de consenso, as autoridades dos ministérios da saúde dos países do MERCOSUL e os representantes de entidades de autor-

regulação corporativa das inúmeras categorias envolvidas na constituição desse espaço internacional do mercado de trabalho em saúde.

Muitos desses temas mencionados são tratados com pertinência e competência por diferentes pesquisadores neste número de Divulgação.

Portanto, o CEBES se sente satisfeito em continuar a DESTACAR tal objeto de investigação, os problemas de recursos humanos em saúde, e considera que devem ser tomados como referência decisiva para a atualização da agenda estratégica da Reforma Sanitária.

A DIRETORIA NACIONAL DO CEBES

The works gathered in this number of our 'Divulgação' (Making public) represent one more contribution of CEBES to the line of studies about formulation and evaluation of human resources policies regarding health. They represent, in the same way, one more confirmation of the good results reached by the Human Resources Observatory Network, an initiative of the Pan-American Health Organization, which completed 10 years of existence in 2009 and during this long period has counted on the continuous financial and technical support of the Health Ministry.

As a fundamental topic in the origins of the critical thought of the Sanitary Movement, the human resources subject was dealt in a pioneer way and with notable sociological smartness by Cecília Donnangelo. Her studies and researches advanced our knowledge about the way of introduction and organization of doctors in the job market, always considering the correlation with the actual health policies. Cecília keeps on being the great inspiration for many of those who came to dedicate themselves to the investigation of this topic later on.

In the seventies, the theory about the doctor's work and the description of the situation and tendencies of the doctor's job market were the main worries of the researchers of that area. With their peculiar social and economical conditions, the doctor reached a priority distinction as a worry object. That was the time people talked about social medicine, and not yet collective health.

What changed then? Everything that had to answer the demands created by the new context of the health policies and of our social-economical development has changed. First of all, a new institutional mark of health

policies appeared whose name is well-known by the population, the 'SUS' (Health Unique System). Any human resources discussion in health should necessarily take into consideration the existence of SUS, which is a potent inducer of demand and offering of health workers for a major part of the job market, either for the public side or the private. Then, the doctor is no longer the only character of the researches. In fact, the nurse, the dentist, the pharmacist, and the health technician start to be accompanied by studies focused not only on the formation aspect but also in the job market introduction.

Simultaneously, the question about the evaluation of the situation and tendency of the universe of those who work in the health area arises, specifically the workforce in health. Studies focused on the specific dimensions of that work force become important such as demographic dimension (sex and age), geographic (national distribution and mainly in the municipalities), educational (educational level and specific capability), work (work organization's tendencies and the precarious conditions of work), and economical (salaries and retirement contributions). It is no surprise that the subject of human resources became notorious when it was commonly considered to be the complex part of the SUS management.

At the same time, it persists the need that investigators of the area watch out the behavior of new and old ways of work organization of professionals and the disputes they make among them about the prerogatives for acting in functions and occupation of job market niches.

The international dimension happened recently with Mercosul and the workers migratory flow that evoked the point of register and control of the professional work. As it is known, the preparation of regulation procedures for the professional work requires that authorities of the health ministries of Mercosul countries get together to reach a consensus as well as the representatives of regulation entities of work of innumerable categories which take part in the constitution of that international space of the job market in health.

Many of these mentioned topics were dealt with relevance and competence by different researchers in that issue of 'Divulgação'.

Then, CEBES feels pleased to continue to STAND OUT such investigation object, the human resources problems in health, and considers that they should be taken as a decisive reference for the updating of the strategic schedule of the Sanitary Reform.

THE NATIONAL DIRECTORY OF CEBES

Não será possível pescar nenhum peixe sem pensar no anzol e na rede, sem distinguir o rio do mar, sem conhecer linhas e iscas, sem apanhar chuva e sentir o sol

Danilo Gandin

A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil. Atualmente coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, a Rede compõe um projeto de âmbito continental da OPAS, já implantado em vários países da América Latina.

O propósito geral da Rede é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área de recursos humanos de saúde no país, facilitando melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais dessa área. Além disso, espera-se que a Rede também contribua para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde.

A Rede é composta por Estações de Trabalho, ou seja, instituições de ensino, pesquisa e serviço que, juntamente com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e o Programa de Recursos Humanos da OPAS, estão interligadas à internet por meio de suas respectivas home pages.

A Rede Observa RH tem contribuído, de forma significativa, na busca de soluções para problemas no campo da educação e da gestão em saúde do Brasil, no enfrentamento e no melhoramento dos recursos humanos por meio de informações, análises e estudos desenvolvidos pelas Estações de Trabalho, além de apoiar as outras Redes Observatório da América Latina.

Entretanto, a maior parte dos estudos realizados pelas Estações de Trabalho não tem alcançado seus

principais clientes, os gestores, tanto pela linguagem acadêmica quanto pela divulgação inadequada. Consequentemente, este tem sido um dos objetivos da ObservaRH junto às Estações: a utilização de uma linguagem adequada e dos meios de divulgação pertinentes, para que mais gestores se baseiem nessas análises para a tomada de decisão no campo dos RHS.

Diante disso, essa iniciativa da Estação de Trabalho NERHUS/ENSP/FIOCRUZ é louvável, pois contribuirá para aprofundar as reflexões e trazer novas luzes sobre a gestão do trabalho em saúde. Aborda ainda os aspectos do trabalho desde o nível técnico até o nível superior, com enfoque no trabalho em equipe multiprofissional e da Saúde da Família. Esse tema – gestão do trabalho – faz parte do cotidiano dos gestores e, com certeza, esses artigos poderão servir de base para subsidiar sua tomada de decisões.

O artigo-debate *O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família* propicia reflexão acerca do tema da precarização/desprecarização do trabalho na área da saúde, suas tendências e perspectivas, utilizando como material empírico os dados obtidos pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON-UFMG em suas ações de monitoramento de qualidade do emprego na Estratégia da Saúde da Família, importante frente de mercado de trabalho para a política de saúde atual. Os autores defendem que se deve dar continuidade às políticas públicas adotadas para o enfrentamento dos desafios da precarização do trabalho na saúde e caminhar rumo a um ambiente de relações de trabalho que propicie, simultaneamente, a segurança – a segurança do trabalho plenamente protegido e de rendimentos

adequados – e a flexibilidade necessárias à gestão pública eficiente e cidadã.

Abrindo os leques de artigos, temos o primeiro, que trata das Políticas de gestão do trabalho no SUS, o desafio sempre presente. O artigo faz uma recuperação da área de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), enfocando a complexidade do processo, os avanços e as possibilidades do tema durante o processo anterior à 8^a Conferência Nacional de Saúde e ao longo dos últimos vinte anos.

O segundo artigo traz uma análise comparada da Regulação profissional dos enfermeiros nos países do Mercosul: Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai, delineando suas especificidades, diferenças e semelhanças, na perspectiva de implantação do Mercado Comum do Cone Sul.

A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil é o assunto do terceiro artigo, no qual os autores revisitam o processo histórico de construção do trabalho feminino como categoria de análise e destacam o aumento significativo da presença das mulheres na Força de Trabalho em Saúde. Concluem reafirmando a necessidade de mais estudos, tendo em vista que a participação efetiva da mulher no mercado de trabalho em saúde ainda é, sob muitos aspectos, obscura.

O quarto artigo trata do Mercado de Trabalho dos Odontólogos no Brasil. Nele, os autores investigam a oferta e a demanda na dinâmica do mercado de trabalho dos odontólogos. Apontam o grande crescimento da categoria, a concentração geográfica nas regiões mais desenvolvidas, uma forte privatização na formação desses profissionais, com mudanças substanciais quanto à sua inserção no mercado de trabalho em saúde, antagônicas ao paradigma liberal da profissão.

O quinto artigo, Estimativas da demanda de médicos para internação pelo SUS, é uma proposta de modelo de previsão baseado em dados de alta hospitalar. Discorre sobre a possibilidade de contar com modelos

de previsão da necessidade de médicos. Trata-se de uma ferramenta importante no planejamento e na gestão dos Recursos Humanos em Saúde (RHS).

Os profissionais de nível médio são tratados no sexto artigo: Técnicos em Saúde: constituição de uma identidade. Esse artigo revisita o processo histórico de construção da identidade profissional dos técnicos em saúde, procurando subsídios para a compreensão de questões inerentes à educação profissional. Aborda a dualidade do ensino médio, a associação entre discriminação social e ocupações técnicas, a contenção de demanda ao nível superior de ensino, a formação integral do cidadão e a formação para o mundo do trabalho, referindo-se à área da saúde como exemplo de superação do caráter de terminalidade, fortemente presente nas propostas para a educação profissional. Os autores apontam para o fortalecimento do conceito de equipe multiprofissional em saúde como alternativa para a valorização das profissões não médicas, em especial aquelas de nível médio em saúde.

Concluindo a revista, temos As características das principais fontes de informações e indicadores para medir o mercado de trabalho em saúde. Esse artigo apresenta suas vantagens, fronteiras e limitações mais gerais. A discussão está focada por modalidades de pesquisas: domiciliares, estabelecimentos e registros administrativos. As autoras sugerem cautela ao comparar as bases entre si, tendo em vista que essas bases oficiais só pesquisam empregos formais, ou seja, deixam de fora os trabalhadores informais, desprecariados e terceirizados existentes no mercado.

Marcia Hiromi Sakai
Diretora de Programa
SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E
EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES)
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Não será possível pescar nenhum peixe sem pensar no anzol e na rede, sem distinguir o rio do mar, sem conhecer linhas e iscas, sem apanhar chuva e sentir o sol

Danilo Gandin

The Network Human Resources in Health Observatory (WatchHR) is an initiative of the Health Department, together with the Technical Cooperation Program of the Representation of OPAS/OMS in Brazil. It is coordinated at this moment by the Management of Work and Education in Health of the Health Department, the Network consists of a continental project of OPAS and it is already introduced in many countries of Latin America.

The general aim of the Network is to produce studies and researches as well as to provide the widest access to information and analyses about the human resources area in the country, making it easy for a better formulation, follow up, and evaluation of sector policies and programs of that area. Moreover, it is expected that the network also contributes to the development of social control processes about the dynamic and tendencies of education and labor systems of health in the country area.

The Network consists of Work Stations, that is to say, Education Institutions, research and service that, together with the Work and Education in Health Management Department and the Human Resources Program of OPAS, they are linked to each other through their respective web sites.

The Network Watch HR has contributed in a significant way in search of solutions to the problems of the education area and of Brazil management in health as well as facing and improving human resources through information, analyses, and studies developed by the Work Stations. Moreover, they give support to other Observatory Networks of Latin America.

However, most of the studies performed by the Work Stations have not reached their main clients, the managers, because of the academic language and inappropriate publicity. As a consequence, that has been one of the aims of WatchHR with the Stations: the use of an appropriate language and relevant spreading ways so that more managers can base on those analyses to take decisions in the Health Human Resources area.

Then, that initiative of the Work Station NERHUS/ENSP/FIOCRUZ is admirable as it will contribute to go deeper in the reflections and bring a new light about work management in health. It also deals with work aspects since technical level to superior level focusing on multiprofessional team work and Family Health. This subject – work management – is part of the everyday life of the managers and, for sure, these articles will be able to serve as basis to help their decision making.

The article for discussion Precarious Work in Health: Tendencies and Perspectives in the Family Health Strategy provides reflection about the subject of precariousness/unprecariousness of the work in the health area, its tendencies and perspectives using the data from the Human Resources in Health Observatory of NESCON-UFMG as empiric material in their actions of monitoring of job quality in the Family Health Strategy, an important front of work market for the health policy of the moment. Authors defend that the adopted public policies should go on to face the challenges of the precarization of the health work and walk towards an environment of work relations that provides, simultaneously, safety – the work safety fully protected and of

right income – and the necessary flexibility to an efficient public management focused in the citizen.

Exploring the articles, we have the first one which deals with Work Management Policies at SUS (Health Unique System), the always present challenge. The article recovers the work management in the Unique Health System (SUS) focusing on the complexity of the process, the advances, and the possibilities of the subject during the process previous to the 8th National Health Conference and during the last twenty years.

The second article shows a comparative analysis of Professional Regulation of nurses in the countries of Mercosul: Brazil, Argentina, Uruguay and Paraguay, outlining their specificities, differences and similarities, within a perspective of implementing the Common Market of the Southern Cone.

The Feminization of the Labor Market in Health in Brazil is the subject of the third article where authors explore the historical process of the construction of the female work as analysis category and stand out the significant rise of the presence of women in the Labor Market in Health. They conclude saying once more the need of more studies as the effective participation of the women in the labor market in health is still obscure in many aspects.

The fourth article deals with Labor Market for Dentists in Brazil. The authors research the offer and demand in the dynamic of the labor market for dentists. They put forward the great growing of the category, the geographic concentration in more developed regions, a strong privatization in the formation of these professionals with substantial changes regarding their insertion in the health labor market, contrary to the liberal paradigm of the profession.

The fifth article, Estimates of the doctors' demand for admission by SUS, is a proposal of prediction model based in discharge hospital data. It deals with the possi-

bility of counting on prediction models of doctors need. It is an important tool in the planning and management of the Health Human Resources (RHS).

The high school professionals are mentioned in that sixth article: Health Technician: constitution of an identity. This paper argues the historical process of health technician professional identity construction, looking for subsidies in the understanding of professional education inherent questions. It approaches the high schools ambiguity, the association between social discrimination and technical occupations, containment of demand to the Universities, citizen's integral formation and formation to the work, pointing out the health area as an example of overcoming concept of professional education as the final level of education, very present in the professional educational proposals. The authors point to the reinforcement of the health multiprofessional team concept as alternative to value non-physician professions, especially those formed by Brazilian high schools in health.

Finalizing the magazine, we have The characteristics of the main sources of information and indicators to measure the workforce market in health. This article presents their advantages, frontiers, and more general limitations. The discussion is focused on kinds of research: home, establishments, and administrative registers. The authors suggest to take care when comparing the bases among themselves as these official basis only research formal jobs, that is to say, they leave behind informal workers, unprecious, and existing third-party.

Marcia Hiromi Sakai
PROGRAM DIRECTOR
Work Management and Education in Health
Department (SGTES)
HEALTH DEPARTMENT

O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família

The Precarious Work in Health: Tendencies and Perspectives in the Family Health Strategy

Sabato Girardi¹

Cristiana Leite Carvalho²

Lucas Wan Der Maas³

Jacqueline Farah⁴

Jackson Araújo Freire⁵

¹ Médico; Coordenador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva –NESCON da UFMG do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH.

girardi@superig.com.br

² Dentista; Pesquisadora da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva –NESCON da UFMG do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH.

cristiana@superig.com.br

³ Sociólogo; Pesquisador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva –NESCON da UFMG do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH.

lucas@nescon.medicina.ufmg.br

⁴ Socióloga; Pesquisadora da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva –NESCON da UFMG do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH.

jaqueline@nescon.medicina.ufmg.br

⁵ Biólogo; Pesquisador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva –NESCON da UFMG do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ObservaRH.

jackson@nescon.medicina.ufmg.br

RESUMO O presente artigo tem por objetivo propiciar uma reflexão acerca do tema da precarização/desprecarização do trabalho na área da saúde, suas tendências e perspectivas, utilizando como material empírico os dados obtidos pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON-UFMG. A escolha da ESF se justifica pela importância estratégica do programa para a política de saúde atual. Em uma breve discussão conceitual acerca do trabalho precário, apresentam-se algumas evidências a partir das pesquisas realizadas junto a gestores dos sistemas municipais de saúde nesta primeira década.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho precário, saúde da família, trabalho assalariado, recursos humanos em saúde.

ABSTRACT This article aims to provide a reflection about the subject of precarious/unprecious of the labor in the health area, its trends and perspectives using, as empirical material, the data obtained by the Human resources Observatory at the Federal University of Minas Gerais (NESCOM-UFMG). The choice of ESF (Family Health Strategy) is justified by the strategic importance of the program for the current health policy. From a brief conceptual discussion concerning precarious labor, some evidences are presented from the surveys held among managers of the municipal health systems in this decade.

KEYWORDS: Precarious labor, family health, wage labor, human resources in health.

I N T R O D U Ç Ã O

A precariedade do trabalho é uma condição multifacetada, com desdobramentos econômicos, jurídicos, políticos e morais. Não se trata de um fenômeno único, pois varia no tempo, entre países e num mesmo país entre regiões, territórios e tipo de atividade econômica. Também não é um fenômeno novo, pois existe desde o início do trabalho assalariado. Em suas determinações atuais, tem-se insinuado de forma cada vez mais insidiosa no mundo do trabalho, a ponto de pensadores como Bourdieu enxergarem a precariedade na raiz das questões sociais do século XXI (KALLEBERG, 2009).

De fato, o problema é que o trabalho vem-se tornando cada vez mais precário no mundo inteiro, invadindo esferas e setores antes relativamente protegidos. Sob formas renovadas, já não respeita os limites da formalidade e contaminou, inclusive, o setor público, insinuando-se também para dentro do campo tradicionalmente protegido das chamadas profissões liberais.¹

Os teóricos do regulacionismo sempre denunciaram a precariedade como condição normal do trabalho na regulação pós-fordista da economia. Argumentam esses autores que o fim da sociedade de pleno emprego disseminou o trabalho temporário e inseguro, a informalidade e as diversas formas relações de trabalho abaixo da linha da decência, inclusive naqueles países ocidentais, outrora bastiões do pleno emprego.

Em países como o Brasil, o desenvolvimento ‘constrangido’ da relação salarial de tipo canônico fez com que sempre convivessem lado a lado e de forma profundamente correlata o emprego típico do mercado de trabalho formal com extensos bolsões de trabalho

informal e precário (COCCO, 2001). Entre nós, a porcentagem de trabalhadores regularmente empregados e socialmente protegidos, seja no setor público ou privado, nunca ultrapassou a casa dos 50% (SINGER, 2004). Pouco mais de um terço da População Economicamente Ativa (PEA) brasileira usufrui de direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, e uma proporção ínfima dos trabalhadores por conta própria contribuem para a Previdência Social (PNAD).

No que concerne ao trabalho em saúde, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS do Ministério da Saúde, em documento de 2006, estimava em cerca de 600 mil o número de trabalhadores precários no SUS (24% dos postos de trabalho computados pela pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE em 1985). Além disso, calculava que de 20 a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Saúde da Família, à época, apresentavam vínculos precários de trabalho, o que gerava insegurança, alta rotatividade e insatisfação profissional, comprometendo a dedicação dos profissionais e a qualidade dos serviços.

Este artigo tem por objetivo propiciar uma reflexão acerca do tema da precarização/desprecarização do trabalho na área da saúde, suas tendências e perspectivas, utilizando como material empírico os dados obtidos pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde do NESCON-UFMG em suas ações de monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia da Saúde da Família.

A escolha da ESF não se justifica em função de aí se encontrarem as maiores evidências de utilização de trabalho precário no setor de saúde, mas pela importância estratégica do programa para a política de saúde atual.

A partir de uma breve discussão conceitual acerca do trabalho precário, apresentam-se algumas evidências

¹ Conforme a PNAD de 2008, 18% dos médicos declararam o emprego sem carteira como principal condição de ocupação. Deduz-se que a proporção de trabalho precário entre os médicos parte desse patamar mínimo. Antes dos anos 2000, essa proporção atingia cerca de 6% dos médicos.

a partir de pesquisas realizadas junto a gestores dos sistemas municipais de saúde, ao largo dessa primeira década. Conclui-se o trabalho com algumas considerações acerca dos principais desafios a serem enfrentados. No artigo, concentramo-nos na interpretação dos dados da contratação do trabalho na estratégia da saúde da família pelos municípios brasileiros.

NOTAS CONCEITUAIS

A noção genérica de trabalho precário costuma ser utilizada em referência a uma multiplicidade de realidades laborativas que, em comum, têm apenas o fato de não caberem no figurino da relação de emprego assalariado típico preconizada, ao largo do século passado, como padrão normativo pela chamada “civilização do trabalho” (CASTEL, 1996). O emprego típico corresponde a um tipo específico de relação de trabalho,² a relação salarial, e tem como parâmetro o trabalho heterônomo (pessoal e dependente) exercido de forma subordinada a um empregador, por tempo indeterminado, em tempo pleno e com salários que, em geral, compartilham os eventuais crescimentos de produtividade. Ademais, conta com proteção social trabalhista e previdenciária, direito à negociação coletiva e cobertura jurídico-legal especial.

O trabalho típico, assalariado, tornou-se hegemônico nas economias capitalistas ocidentais, sobretudo nas sociedades democráticas desenvolvidas e nos estados de bem-estar social, no período de vigência do padrão de acumulação conhecido como fordista ou americanista (Pós-Segunda Guerra a finais dos anos de 1970). De

fato, ao longo do século passado, essas economias ergeram um complexo aparato de formas institucionais ‘extramercado’ (previdência social, direito do trabalho, leis trabalhistas e previdenciárias etc.) que protegeram relativamente esse tipo de trabalho da autorregulação dos mercados e promoveram sua hegemonia, elemento fundamental para a consolidação da acumulação fordista. A crise do sistema econômico mundial, sobretudo nos anos de 1990, levou à proliferação das situações de trabalho atípicas, colocando em xeque o referido paradigma.

Entre as principais situações de trabalho ‘atípico’, incluem-se contrato assalariado não regulamentado, emprego por tempo determinado, trabalho em tempo parcial, subcontratação, diversas formas de trabalho associativo, como o autônomo cooperado, trabalho autônomo associado em redes (assim chamado de trabalho autônomo de ‘segunda geração’), informal, entre outros. Formas institucionais antigas e já plenamente legisladas e novos arranjos laborativos juridicamente descobertos se misturam, atualmente, nas situações de trabalho atípicas.

Grande parte desses arranjos não típicos foi chamada outrora de trabalho informal ou subemprego. Entretanto, ao longo dos anos de 1990, com o importante incremento da utilização dos contratos de trabalho irregulares, espúrios e atípicos, seja no âmbito da economia privada, seja no seio da própria administração pública, esses arranjos receberam a valoração explicitamente negativa de trabalho precário. Nesse sentido, o trabalho precário se estabeleceu na arena do mundo do trabalho como conceito contra-hegemônico ao de trabalho flexível, apregoado pelos arautos da nova gestão, inclusive no setor público, como novo cânone.

² Conforme lembra Delgado (2007), em que pese a paradigmática para o Direito do Trabalho, a relação de emprego constitui apenas uma entre as diversas formas de relação de trabalho.

A precariedade pode ser entendida como um processo de perda de qualidade no mercado de trabalho e suas consequências sociais para a população, como redução dos rendimentos e instabilidade nos postos de trabalho. Em geral, tendem a um padrão inferior, vis-à-vis a condição assalariada (GALEAZZI, 2002). Kalleberg (2009) define como precário,

[...] o trabalho incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo.

Atualmente, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) define como trabalho precário aquele geralmente mal pago, inseguro, desprotegido e insuficiente para sustentar um domicílio. Sete dimensões inter-relacionadas de precariedade, em contraposição ao trabalho decente, são elencadas pela OIT:³

- (1) Insegurança do mercado de trabalho (falta de oportunidades de emprego);
- (2) Insegurança do trabalho (proteção inadequada contra a perda de emprego ou a despedida arbitrária);
- (3) Insegurança de emprego (inabilidade de continuar em uma ocupação particular devido à falta de delimitações de ofício e qualificações de trabalho);
- (4) Insegurança de segurança e saúde (condições precárias de segurança ocupacional e saúde);
- (5) Insegurança de reprodução de experiência (falta de acesso à educação básica e treinamento vocacional);
- (6) Insegurança de renda (nível inadequado de renda; nenhuma garantia de recebimento ou expectativa de um nível adequado de renda atual e futura). Insegurança de renda indica se as rendas são adequadas e se existem auxílios de renda quando necessários;
- (7) Insegurança de representação (falta de direitos individuais em leis e de direitos coletivos para negociar).

Esse tipo de insegurança pode ser visto como uma causa dos outros tipos, no sentido de que, se os trabalhadores são capazes de exercer representação individual e coletiva, são menos propensos a se sentir inseguros em outras dimensões.

Segundo Kalleberg (2009) a expansão do trabalho precário em todo o mundo está relacionada ao crescimento da globalização e do neoliberalismo, às mudanças tecnológicas e ao arrefecimento da ação sindical. No Brasil, o aumento da precarização resultou em grande parte das reformas liberais que acompanharam a privatização e a desregulação do trabalho, bem como da crise econômica ocorrida nos anos de 1990, em que se assistiu a baixo dinamismo do mercado de trabalho, acentuado desemprego e ampliação dos níveis de informalidade (MATTOSO e POCHMANN, 1998).

É importante ressaltar também que, na economia privada brasileira, o trabalho precário se expandiu para muito além do segmento informal, chegando a atingir fortemente os setores organizados da economia e as grandes corporações, e até ultrapassando os limites conceituais do subemprego e da informalidade laboral. Na administração pública, a expansão da precariedade laboral – não importa se na forma dos contratos irregulares e desprovidos de valor jurídico (NOGUEIRA, 2004) – coincidiu com a implementação de novas políticas públicas, no contexto das reformas do Estado neoliberal que buscavam, simultaneamente, o enxugamento da máquina pública e a transferência, por meio dos mecanismos contratuais, da operação desses serviços ao setor privado (mormente para as organizações do terceiro setor). A Estratégia da Saúde da Família é um desses exemplos.

³ Reproduz-se aqui textualmente o trabalho de Kalleberg (2009).

O TRABALHO PRECÁRIO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste tópico, apresentamos o cenário de evolução das formas de vinculação do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal cenário é desenhado com base em dados provenientes de três surveys telefônicos levados a cabo, respectivamente, nos anos de 2001, 2006 e 2009, que tiveram como objetivo monitorar as formas institucionais de contratação que cercam as relações de

são analisadas com o intuito de melhor compreender as dimensões do fenômeno.

A TERCEIRIZAÇÃO NA ESF

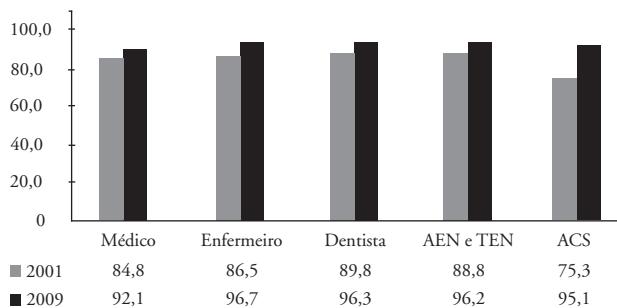
Os Gráficos 1 e 2 apresentam os padrões de contratação adotados pelos municípios em 2001 e 2009, considerando, respectivamente, os municípios que realizavam

QUADRO 1 – Dados da Amostra segundo o Ano de Realização da Pesquisa

	2001	2006	2009
Universo (municípios com cobertura ESF)	3.225	4.884	5.507
Amostra (municípios sorteados)	759	855	856
Taxa de resposta	91%	93%	95%
Municípios entrevistados	696	795	811
Margem de erro	5%	5%	5%
Intervalo de confiança	90%	90%	90%

trabalho no âmbito da ESF.⁴ Foram coletados junto a gestores municipais de saúde e/ou responsáveis pela ESF nos municípios entrevistados. Em todos os anos, coletaram-se dados sobre contratação e remuneração dos trabalhadores na ESF. Também foram dimensionadas a terceirização e a utilização de trabalho desprotegido, bem como as razões atribuídas pelos gestores para a prática de diferentes formas de contratação e vinculação do trabalho. A coleta abrangeu dados sobre médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde. A observação dos padrões de terceirização, de utilização de vínculos de trabalho regulares e protegidos e dos salários praticados

GRÁFICO 1: Distribuição dos Municípios Pesquisados segundo Realização de Contratação Direta de Profissionais da ESF, por Ocupação e Ano – Brasil, 2001 e 2009



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde.

AEN e TEN – Auxiliares de Enfermagem e Técnicos em Enfermagem.

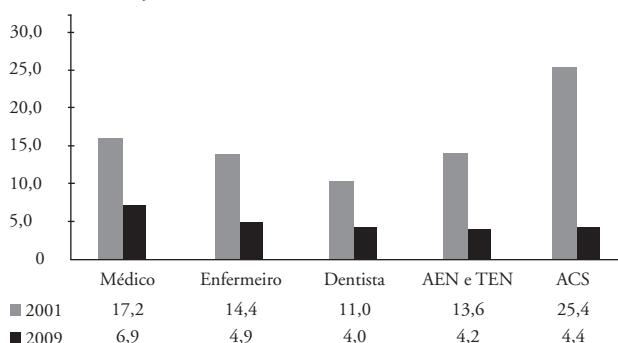
ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

⁴ “Pesquisa Nacional de Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família – ESF”, de 2009; “Pesquisa Nacional de Precarização e Qualidade do Emprego no PSF”, de 2006; “Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no PSF no Brasil”, de 2001. Todas as pesquisas foram realizadas pela Estação de Pesquisas em Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) – Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

contratação direta pela administração pública municipal (incluídas autarquias e fundações públicas municipais) e aqueles que contratavam de forma terceirizada, por meio de entidades privadas (empresas, cooperativas, Ongs, OSCIPS, de natureza filantrópica, entre outras). Evidentemente, um mesmo município podia realizar ambos os tipos de contratação, caso em que parte dos profissionais era contratada pela prefeitura e outra parte terceirizada. Em 2009, isso ocorria em apenas 3,2% dos municípios pesquisados.

No cômputo geral, a maior parte dos municípios pesquisados realizava contratação direta pelas prefeituras para todas as ocupações, tanto em 2001 quanto em 2009. Do início para o final da série, houve aumento da proporção de municípios nessa situação, alcançando, para todos os casos, valores superiores a 90%. A contratação direta de agentes comunitários de saúde foi a que registrou maior aumento, de 82,4% para 95,5%

GRÁFICO 2 – Distribuição dos Municípios Pesquisados segundo Realização de Contratação Indireta de Profissionais da ESF, por Ocupação e Ano – Brasil, 2001 e 2009



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde.

AEN e TEN – Auxiliares de Enfermagem e Técnicos em Enfermagem.

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

⁵ A EC nº 51 estabelece, em seu artigo 2º, que, após sua promulgação, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias somente poderão ser contratados diretamente pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios, na forma do § 4º do art. 198 da Constituição Federal, observado o limite de gasto estabelecido na Lei Complementar de que trata o art. 169 da Constituição Federal.

das administrações municipais, o que reflete importante focalização no período, no sentido de atenuar os efeitos da terceirização e do trabalho precário entre os agentes comunitários de saúde. Com efeito, a partir da promulgação da EC 51 de fevereiro de 2006, a contratação de ACS se tornou prerrogativa exclusiva do poder público.⁵ A redução da proporção de municípios que realizam contratação terceirizada é observada para todas as ocupações e profissões. Assim, a prática da terceirização da força de trabalho na ESF diminuiu de forma vigorosa na década e, nos dias de hoje, está em torno dos 5% (6,9% para o caso dos médicos e 4% para os dentistas).

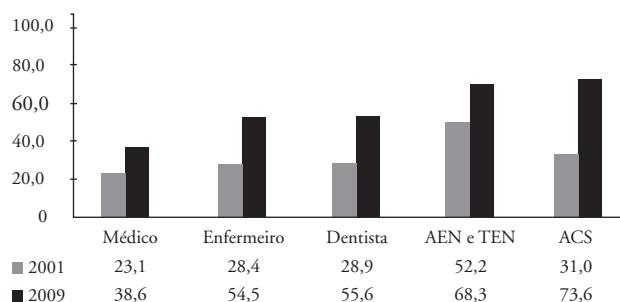
REGIMES DE VÍNCULOS NA ESF

Os Gráficos 3 e 4 apresentam os regimes de vínculos de trabalho de profissionais da ESF praticados pelos municípios pesquisados. O corte utilizado para classificação dos vínculos baseou-se no cruzamento dos critérios de existência de proteção social, cobertura legal e vigência temporal indeterminada dos contratos. A observação de todas essas características define um trabalho que, nas condições da sociedade brasileira, é considerado um contrato plenamente protegido do ponto de vista formal. Assim, a categoria trabalho protegido inclui o regime estatutário, que corresponde ao vínculo padrão dos servidores públicos na administração pública direta e indireta (ocupantes de cargos públicos) e ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), próprio aos empregados públicos e aos empregados na economia privada. Ambos apresentam como características, ademais da cobertura legal, a existência de proteção social que inclui a plenitude dos direitos trabalhistas e

previdenciários e a indeterminação temporal dos contratos, com regras de terminação dos contratos/vínculos estatutariamente definidas.

Por seu turno, a categoria trabalho desprotegido inclui o conjunto dos vínculos temporários, os de prestação de serviços de profissionais autônomos e demais vínculos sem proteção ou não plenamente protegidos no âmbito do direito do trabalho. Entre os vínculos temporários, incluem-se os contratos temporários com a administração pública, ou seja, aqueles regidos por legislação especial. Esses vínculos não se configuram, na forma do direito administrativo e constitucional, como cargos públicos, mas como vínculos temporários com a administração, criados em razão de excepcional interesse público.⁶ Em comum entre os contratos desprotegidos, ressalta-se a fragilidade da relação de trabalho, configu-

GRÁFICO 3: Distribuição dos Municípios Pesquisados segundo Realização de Trabalho Protegido* na Contratação de Profissionais da ESF, por Ocupação e Ano – Brasil, 2001 e 2009



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde.

* Estatutário e CLT.

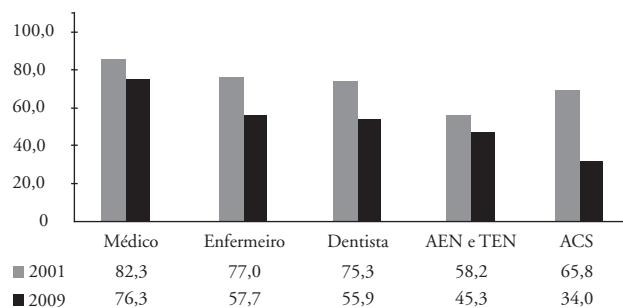
AEN e TEN – Auxiliares de Enfermagem e Técnicos em Enfermagem.
ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

⁶ Os contratos temporários com a administração pública são regidos por legislação especial, própria a cada ente da federação, estando, portanto, dentro da legalidade. Incorporam, conforme o caso, um conjunto que pode ser mais ou menos extenso de direitos previdenciários e trabalhistas. Não são precários, portanto, a não ser pelo fato de os contratos terem prazo determinado e serem instituídos em função de situações específicas de excepcional interesse público. Constituem uma forma transitória de regularização dos vínculos na administração pública, pois cumprem o requisito da legalidade. Regularizam os vínculos por um tempo determinado, mas postergam a solução definitiva do problema da precarização. Em 2009, a proporção de municípios que informavam a prática de contratação temporária foi de 71,3% para médicos; 52,7% para enfermeiros; 52,3% para dentistas, 41,8% para AEN/TEN e 30,5% para os ACS.

rada pela inexistência da garantia plena de direitos trabalhistas e previdenciários e de estabilidade do vínculo.

Os dados apontam para a diminuição da prática de contratação do trabalho precário na ESF, para todas as ocupações, de 2001 a 2009. De fato, aumentou no período a proporção de municípios que realizavam, embora não exclusivamente, a contratação de trabalho

GRÁFICO 4: Distribuição dos municípios pesquisados segundo realização de trabalho desprotegido* na contratação de profissionais da ESF, por ocupação e ano – Brasil, 2001 e 2009



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde.

* Autônomo, temporário e outras formas desprotegidas.

AEN e TEN – Auxiliares de Enfermagem e Técnicos em Enfermagem.

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

protegido. Para a contratação de médicos, por exemplo, a proporção de municípios que praticavam contratos protegidos subiu, no período, de 23,1% para 38,6%; entre os dentistas, praticamente dobrou, de 28,9% para 55,6%; e, entre os ACS, de 31% para 73,6%. Inversamente, a proporção dos que realizavam trabalho desprotegido diminuiu para todas as categorias.

Uma importante ressalva a ser feita é que a tendência de aumento da contratação sob formas protegidas na

ESF não significa, em todos os casos, sua preponderância absoluta. O uso da contratação de trabalho precário vis-à-vis o trabalho protegido ainda predominava em 2009 para médicos (76,3% contra 38,6% dos municípios); enfermeiros (57,7% contra 54,5% dos municípios) e dentistas (55,9% contra 55,6% dos municípios). O predomínio absoluto da contratação protegida é observado entre os municípios apenas para os ACS (73,6%) e para os técnicos e auxiliares de enfermagem (68,3%).

Cabe destacar que a utilização simultânea de duas ou mais formas de vinculação de profissionais é uma prática comum entre os municípios pesquisados. A proporção dos municípios que contratavam simultaneamente trabalho protegido e trabalho desprotegido aumentou entre 2001 e 2009. Na contratação de médicos, por exemplo, 6,3% dos municípios, em 2001, e 14,1%, em 2009, lançavam mão da contratação de trabalho protegido e desprotegido. Na contratação de dentistas, essa proporção subiu de 6,8% para 11,5%; na de enfermeiros, de 6,6% para 11,7%, e na contratação de ACS, de 3,7% para 6,7%, no período.

Com relação ao volume de contratações, os 811 municípios pesquisados em 2009 informavam um total de 84.172 contratos de trabalho na Estratégia da Saúde da Família, 9,3% dos quais operados por entidades privadas, ou seja, terceirizados.⁷ Os contratos diretos com a administração pública somavam 76.326 no total dos municípios pesquisados. Os contratos desprotegidos de pessoas físicas (temporários, autônomos, prestação de serviços etc.) representavam 49,9 % dos contratos de médicos na ESF; 35,6% dos de dentistas; 32,8% dos de enfermeiros e 16,1% dos contratos de ACS. Desse modo, o uso de formas precárias de contratação de trabalho na ESF ainda representa um problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos.

⁷ O total dos contratos de trabalho se refere às seguintes categorias: médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

Nos três anos em que a pesquisa foi levada a cabo, os gestores informaram que a flexibilidade contratual era um importante fator para a prática de vínculos desprotegidos ou precários. Em 2001, a flexibilidade para demitir, contratar e remanejar pessoal foi a principal justificativa, citada por 58,2% dos gestores. Com percentual bastante próximo, foram citados os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, 54%. Em 2006, a principal justificativa continuou sendo a flexibilidade, com 51,3%. A dificuldade para a realização do concurso público foi referida por 44,3% dos respondentes naquele ano e a Lei de Responsabilidade Fiscal, por 23,2%. Em 2009, verifica-se maior dissipação das respostas, uma vez que a flexibilidade contratual, a dificuldade para realizar concurso público e, uma vez realizado o concurso, o não preenchimento das vagas aparecem empatados, citados por aproximadamente 21% dos entrevistados. A Lei de Responsabilidade Fiscal aparece apenas com 4,4%.

A REMUNERAÇÃO DO TRABALHO NA ESF

Outro conjunto de informações úteis para analisar a precariedade do trabalho, além dos aspectos relativos aos graus de proteção social do trabalho, diz respeito à remuneração dos trabalhadores. Os dados dos surveys permitem analisar a evolução dos salários praticados na ESF ao longo do período e compará-los aos salários praticados no mercado. É preciso dizer que o dado isolado da remuneração não permite inferências diretas sobre o trabalho precário e os graus de precarização, mesmo porque os mercados de trabalho das categorias analisadas, na realidade, são muito diferentes, não aceitando comparações categóricas. De qualquer forma, contribuem para a reflexão pretendida.

As Tabelas 1 e 2 apresentam a evolução dos salários médios praticados na ESF e no mercado de trabalho do setor privado por 40 horas contratuais no período. Em relação à ESF, os dados revelam que houve aumento da remuneração para todas as ocupações no período. Observou-se maior crescimento absoluto de salários

para os agentes comunitários de saúde que tiveram incremento bruto de 154%, entre 2001 e 2009. Os menores crescimentos de salários nominais foram registrados para os dentistas e médicos, que tiveram variação percentual bruta de 48% e 55%, respectivamente, no mesmo período. No mercado de trabalho do setor

TABELA 1: Evolução dos Salários Médios (em reais) Praticados na ESF e de Admissão de Profissionais de Saúde e Total da Economia em Regime Celetista nos Períodos em que Foram Realizados os *surveys, por Ocupação – Brasil, 2001, 2006 e 2009**

Ocupação	2001		2006		2009	
	ESF	Privado 40h	ESF	Privado 40h	ESF	Privado 40h
Médicos	4.093	3.211	5.403	5.595	6.358	7.160
Enfermeiros	1.724	1.866	2.176	2.692	3.101	2.936
Dentistas	1.729	2.039	2.354	3.044	2.562	3.650
AEN e TEN	404	ND	555	1.077	663	1.225
ACS	212	ND	380	510	539	625
Total do emprego economia	482		1.181		1.376	
Empregos com escolaridade superior incompleta	602		875		1.012	
Empregos com nível superior	2.142		2.895		3.289	

TABELA 2: Incremento Bruto (%) dos Salários Médios Praticados na ESF e de Admissão de Profissionais de Saúde e Total da Economia em Regime Celetista nos Períodos em que Foram Realizados os Surveys,* por Ocupação – Brasil, 2001, 2006 e 2009

Ocupação	2001/2006		2006/2009		2001/2009	
	ESF	Privado 40h	ESF	Privado 40h	ESF	Privado 40h
Médicos	32,01	74,24	17,68	27,97	55,34	122,98
Enfermeiros	26,22	44,27	42,51	9,06	79,87	57,34
Dentistas	36,15	49,29	8,84	19,91	48,18	79,01
AEN e TEN	37,38	ND	19,46	13,74	64,11	ND
ACS	79,25	ND	41,84	22,55	154,25	ND
Total da economia	48,79		16,43		73,24	

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde e da Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego (RAIS-MTE).

* Novembro e dezembro de 2001, de agosto a novembro de 2006 e de fevereiro a maio de 2009.

AEN e TEN – Auxiliares de Enfermagem e Técnicos em Enfermagem.

ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

privado, os salários que mais cresceram no período foram os dos médicos (incremento bruto de 123%) e os dos dentistas (79%). Observa-se que, em 2001, a ESF pagava, em média, para os médicos, salários superiores ao praticado para empregos formais de 40 horas semanais no mercado privado. Para dentistas e enfermeiros, à mesma época o mercado privado remunerava melhor que a ESF por jornada formal equivalente. Em 2009, a situação se modifica. Os salários praticados pelo mercado formal privado são maiores que os da ESF, com exceção dos enfermeiros, que passam a ter melhor remuneração por jornada equivalente na ESF. É preciso lembrar que as jornadas firmadas em contratos formais nem sempre correspondem às realmente praticadas, que, na maior parte dos casos, resultam de acordos informados pelo hábito. Em menos de 70% das equipes de saúde, os médicos, por exemplo, cumprem 40 horas de jornada.

PONTOS PARA DISCUSSÃO (À GUIA DE CONSIDERAÇÕES FINAIS)

Ao largo dessa primeira década dos 2000, observou-se tendência à desprecarização do trabalho na ESF. Diminuiu de forma considerável a contratação terceirizada de trabalho, que, se já em 2001 tinha expressão minoritária, em 2009 foi praticada por menos de 5% dos municípios. Ao mesmo tempo, observou-se importante avanço em direção à utilização de trabalho protegido e à regularização dos vínculos. Aumentaram também os salários, embora em ritmo menor que o do conjunto das ocupações na economia.

Em parte, conforme reconhece o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, essa tendência à desprecarização pode ser atribuída à ação mais ou menos independente dos Tribunais de

Conta da União e dos estados e dos Ministérios Púlicos do Trabalho federal e estaduais.

Outra parte desse movimento, porém, certamente deve ser atribuída às políticas públicas sociais inclusistas dos dois últimos mandatos do governo federal, que, ao rechaçar vigorosamente as teses do neoliberalismo, instituiu, no período, uma agenda positiva de fortalecimento do Estado e a valorização dos serviços e servidores públicos.

No campo das relações de trabalho, especificamente na área da saúde, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no Ministério da Saúde, em 2003; o trabalho das Mesas de Negociação Permanente do SUS e, muito especialmente, a criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho revelaram-se um marco político-institucional decisivo para essa tendência.

As novas esferas públicas de deliberação no campo da gestão do trabalho criadas no período, reunindo trabalhadores, gestores e cidadãos usuários de serviços de saúde do SUS, propiciaram um ambiente para a revisão dos processos de terceirização e precarização do trabalho em curso no setor saúde. Nessas instâncias, particularmente os sindicatos e outras organizações do trabalho exerceram um contramovimento democrático à precarização.

Apesar dos avanços, a precarização ainda representa problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros, sobretudo em relação aos médicos. Mais de 70% dos municípios informam a prática da contratação temporária para médicos e cerca de 50% do total dos contratos de médicos são temporários. Com certeza, temos aqui um grande problema.

Houve, é verdade, expansão da proporção dos municípios que utilizam vínculos estatutários na ESF para todas as categorias profissionais. Atualmente, cerca de 30% contratam preferencialmente os médicos na ESF como estatutários, proporção que chega a mais de 50% para o caso dos ACS e demais categorias de nível médio.

Os contratos estatutários somam cerca de 40% do total dos contratos de médicos na ESF. Para isso, os municípios ou criaram novos cargos ou remanejaram pessoal estatutário já existente em seus quadros para a ESF.

Mas a principal via utilizada para a regularização dos vínculos não foi a da criação de cargos e realização dos concursos, mas a solução transitória da criação de contratos temporários regidos por legislação especial. Vale lembrar que, se com esse movimento os municípios cumprem o requisito da legalidade – regularizando os vínculos por um tempo determinado –, postergam para o futuro a solução definitiva do problema da precarização.

Em verdade, mais da metade dos gestores municipais não considera que o vínculo direto dos profissionais com os órgãos da administração direta seja o mais adequado para a provisão de trabalho no âmbito da ESF. Quase 50%, quando indagados sobre a razão para a utilização do vínculo estatutário, apontam que o motivo é a exigência legal (o regime jurídico único estatutário) e 15% citam o aproveitamento dos quadros efetivos já disponíveis. A dificuldade na criação de cargos e na realização dos concursos públicos, em razão da ritualística envolvida no processo, com a consequente escassez no preenchimento das vagas, particularmente no caso dos médicos, é citada, igualmente, por pouco mais de 20% dos gestores.

Por outro lado, 33,5% citam a flexibilidade como principal razão para a utilização preferencial de contratos regidos pela CLT. Se o RJU adotado pelo município fosse o da CLT, contratariam por essa via, por conta de ela assegurar, a um só tempo, a proteção requerida pelos trabalhadores e a flexibilidade gerencial necessária para a provisão eficiente de serviços.

A elevada prática dos contratos temporários com a administração pública se traduz num grande problema e sua extensão revela, segundo nosso entendimento, uma lacuna estrutural com relação aos formatos jurídico-institucionais existentes na administração pública brasi-

leira. Nos marcos legais da administração pública vigente, para praticar contratos plenamente protegidos, não resta alternativa aos municípios senão a criação de cargos públicos em órgãos do poder executivo e o correspondente vínculo estatutário. A legalidade transitória e ainda precária do contrato temporário ou a transferência da operação de serviços essenciais como a atenção primária em saúde ao setor privado – a terceirização – são, no quadro, as únicas alternativas, no direito administrativo, que permitem a flexibilidade gerencial pretendida para a gestão eficiente dos contratos de trabalho, alternativas, diga-se de passagem, que não asseguram proteção plena.

A administração pública carece de um formato institucional adequado à prestação de serviços públicos essenciais que assegure, na gestão do trabalho, segurança e flexibilidade e que, ao mesmo tempo, seja público, de propriedade pública, dos governos. O projeto de criação do formato Fundação Estatal de Direito Privado no âmbito da administração pública aponta exatamente nesse sentido.

Um importante espaço para o aprofundamento desse tipo de debate se abre em torno do projeto de revisão dos marcos legais da administração pública federal, o projeto de lei orgânica da administração federal, que estabelece normas gerais sobre a administração pública direta e indireta, as entidades paraestatais e suas formas de colaboração com entidades civis sem fins lucrativos. Tal projeto vem sendo conduzido pela Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG).

Da mesma forma, os Ciclos de Debates Direito e Gestão Pública, iniciativa conjunta do MPOG e da Associação Nacional de Procuradores da República, também se constituem em espaço a ser explorado. As relações de trabalho no setor público figuram entre os cinco temas prioritários dos referidos ciclos.

Finalmente, resta-nos fazer um último comentário. Conforme dito no início deste texto, a ESF foi escolhida para a discussão do tema da precarização não porque aí se

concentre o trabalho precário em saúde, mas em função de sua importância estratégica. Os espaços e as formas da precariedade na saúde vão muito além, cobrindo toda a superfície do trabalho e, muito mais fundo, deitam suas raízes desde as formas mais autônomas e independentes do exercício das profissões mais prestigiadas ao trabalho assalariado completamente subordinado. Basta lembrar o caso das clínicas populares em odontologia para ver a extensão e a profundidade do problema. Apesar de não dispormos de dados quantitativos, sabe-se que um volume considerável do trabalho mediado por cooperativas é precário. Assim também é precário o trabalho dos profissionais autônomos sub-remunerados. Poucos estudos avaliaram a extensão e a profundidade da precariedade do trabalho dos autônomos associados em rede, constituídos juridicamente como sociedades empresárias – e assim constituídos para escapar aos excessos da administração tributária e ampliar seus rendimentos. Na maior parte dos casos, assim se constituem sob a sugestão dos terceiros pagadores – como, por exemplo, operadoras e planos de saúde – e deles são totalmente dependentes.

Paul Singer (2004) nos lembra que nossa Constituição, em seu artigo 7, ao enumerar os direitos do trabalho, se refere ao trabalhador em geral, e não apenas aos trabalhadores assalariados, os empregados típicos. Para que o trabalho seja desprecarizado, além do necessário equilíbrio entre oferta e demanda nos mercados de trabalho, os direitos do trabalho têm de ser estendidos aos autônomos, aos cooperados e ao trabalho associativo. Para ele, todos os trabalhadores são sujeitos do Direito do Trabalho. Na mesma direção, apontam reformadores do direito do trabalho que propugnam a extensão do patamar de direitos de trabalho assegurados aos empregados assalariados formais ao conjunto das relações de trabalho. Para eles, o trabalho decente e digno somente será assegurado quando o manto de proteção do direito do trabalho for estendido ao conjunto das formas de relações de trabalho.

Para concluir, cremos que dar continuidade às políticas públicas adotadas para o enfrentamento dos desafios da precarização do trabalho na saúde é prática absolutamente imprescindível. Devemos caminhar na direção de um ambiente de relações de trabalho que propicie simultaneamente segurança – segurança do trabalho plenamente protegido e de rendimentos adequados – e flexibilidade, necessárias à gestão pública eficiente e cidadã.

R E F E RÊNCIAS

BRASIL. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. *Desprecariza SUS: perguntas e respostas*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CASTEL, R. Work and Usefulness to the World, *International Labour Review*, v. 135, n. 6, p. 615-622, 1996.

COCO, G. Introdução. In: LAZZARATO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2001.

DELGADO, M. C. *Curso de direito do trabalho*. São Paulo: LTr Editora, 2007.

FERREIRA, C. G. 'O fordismo', sua crise e algumas considerações sobre o caso brasileiro, *Nova Economia*, v.7, n. 2, p.165-201, 1997.

GALEAZZI, I. Precarização do Trabalho. In: CATTANI, A.D. (org.). *Dicionário crítico do trabalho e tecnologia*. Porto Alegre: Vozes, 2002, p. 242-247. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, abr. 2010, p. 11-23.

GIRARDI, S. N. (org.) et al. *Pesquisa nacional de Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família – ESF*. [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2009.

GIRARDI, S. N. et al. *Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família*. [relatório de pesquisas]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2007. 208f.

_____. *Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil*. [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2002. 90f.

HACHEN, D.S. *Contracting out Work in the 1990s, Annual meeting of the American Sociological Association*. San Francisco, 2004. Disponível em: <http://www.allacademic.com/meta/p109795_index.html>

KALLEBERG, A. L. Crescimento do Trabalho Precário: um Desafio Global. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 24, n. 69, 2009, p. 21-30.

_____. Nonstandard employment relations: Part-time, Temporary and Contract work. *Annual Review of Sociology*, v. 26, 2000, p. 341-365.

MATTOSO, J; POCHMANN, M. Mudanças estruturais e trabalho no Brasil, *Economia e Sociedade*, n. 10, p. 213-243, 1998.

NOGUEIRA, R. P. et al. Limites Críticos das Moções de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*, Brasília, v. 2, 2004

SINGER, P. Cooperativas de Trabalho Alternativa do Trabalho sem Emprego. In: MARTINS FILHO, I.G.S; SALABERRY FILHO, M. (orgs.). *Cooperativas de Trabalho: anais do Seminário*. São Paulo: LTR Editora, 2004.

O Crescimento do Emprego Protegido em Saúde

The Growth of the Protected Employment in Health

Felix Rigoli¹

¹ Doutor em Medicina e Mestre em Saúde Pública pela Universidade da República, Uruguai, e Mestre em Administração de Saúde pela Universidade de Montréal; especialista em Recursos Humanos para a Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ); coordenou até 2009 o Programa Regional da OPAS para Políticas de Recursos Humanos para a Saúde em Washington; atualmente é gerente de sistemas de saúde na OPAS Brasil.
felix.rigoli@gmail.com

O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família pode ser lido em dupla análise: uma que se refere ao problema da precarização do emprego e a outra que dá densidade quantitativa ao emprego no Programa de Saúde da Família na última década.

A discussão do que é *emprego* e o que é *emprego precário* percorre várias dimensões históricas e de valores. Sem prejuízo do interesse que tem essa análise, que, na verdade, levanta mais interrogações do que certezas, já que os autores não decidem explicitamente e mostram que o emprego “protegido” é parte de um paradigma válido durante um curto período da história, e mesmo nesse período, apenas vigente em um conjunto reduzido de sociedades.

Os autores fazem bem em ter pressa de sair dessa área de perigo, já que, só para dar o exemplo, o discurso corporativo das profissões liberais encontraria evidências da luta acirrada contra o que a OIT chama ‘emprego decente’. A definição dos autores acerca de ‘relação salarial’, que tem como parâmetro o trabalho heterônomo (pessoal e dependente) exercido de forma subordinada a um empregador, por tempo indeterminado, a tempo pleno e “com salários”, concorda, palavra a palavra, com os anátemas da Associação Médica Brasileira (e de muitas outras associações profissionais do mundo) durante a maior parte do século XX.

Ou seja: é melhor aceitar que existe algo chamado emprego – comumente aceito – é que o ‘emprego protegido’ é preferível ao ‘emprego desprotegido’ (pelo menos quando se trata do meu emprego). Além disso, na última década, o governo do Brasil e a secretaria que lida com a questão laboral em saúde tiveram intenções direcionadas à diminuição do emprego desprotegido.

E, a partir daí, passa-se para o aspecto sobre o qual os autores querem debruçar-se: o que, em realidade, ocorreu no amplo panorama dos milhares de municípios brasileiros. A magia dos grandes números, das séries históricas longas e da significância estatística fala melhor sobre precarização/desprecarização do trabalho em saúde que os documentos da OIT.

Nesse sentido, o artigo lança nova luz sobre um fenômeno transcendente. A partir dessa análise, não há mais discussão: o trabalho desprotegido (seja mocinho ou vilão) diminui significativa e continuadamente durante a primeira década do século no vasto arquipélago do Programa de Saúde da Família. A forte melhoria geral das remunerações e a inversão em algumas categorias entre as remunerações do setor privado e o PSF mostram que o jogo do Estado no mercado laboral, por meio da expansão do PSF, criou novas regras de competição, beneficiando o conjunto dos trabalhadores de saúde, provavelmente também melhorando a qualidade do emprego no setor privado.

Vale então a discussão das razões (multifatoriais, como era de se esperar), com o denominador comum na vontade política do Estado de avançar nessa direção. As políticas gerais de emprego de boa qualidade se traduzem nas políticas específicas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação e, por sua vez, nas atividades ainda mais *targeted* de Mesas de Negociação e Desprecarização. Isso não é novidade. A novidade é que essas políticas produzem os resultados esperados.

Abrem-se então as questões que os autores sugerem no final: qual o futuro dos novos empregos em saúde? Existem formas organizativas que permitirão reunir proteção e flexibilidade? É possível combinar tecnologia organizacional e informática e dar novas dimensões ao trabalho em rede? No final das contas, quais as formas organizativas em que a qualidade do trabalho contribui para a qualidade e a universalidade dos serviços? Se esse elo não for descoberto e especificado, o apoio da sociedade brasileira às políticas de emprego em saúde pode se perder.

O Trabalho Precário em Saúde: uma nova orientação

Precarious Work in Health: a new direction

Marcia Teixeira¹

¹ Socióloga; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

marciatx@fiocruz.br

A análise do processo de precarização/(des)precarização no campo do trabalho em saúde, por meio do monitoramento das relações de trabalho na estratégia de Saúde da Família, é uma escolha acertada dos autores, tendo em vista não apenas sua importância para o sistema de saúde, mas, principalmente, por se tratar hoje de uma fatia significativa do mercado de trabalho em saúde, portanto elemento valioso para a geração de empregos e renda, bem como para a melhoria do perfil do mercado de trabalho no Brasil.

Os autores sublinham o fenômeno de precarização das relações de trabalho como um movimento mundial que se manifesta de modo crescente na organização do trabalho pós-fordista, organização esta marcada pela obtenção de maior flexibilidade na utilização do capital e do trabalho, redução de custos e dos riscos impostos pela instabilidade dos mercados, passando a exigir novas e, muitas vezes, pouco protegidas relações de trabalho.

No tocante a essas mudanças nos padrões de gestão do trabalho, observamos diferentes e, não raro, divergentes enfoques a respeito. Por um lado, as mudanças nas relações de trabalho são focalizadas como uma necessidade de adaptação às condições econômicas, segundo as quais tempo e jornada de trabalho, bem como sistemas salariais, devem ser ajustados à realidade dos mercados e responder às necessidades de flexibilização por parte das instituições.

Por outro lado, estão aqueles que abordam as mudanças de gestão do trabalho, em resposta à necessidade das empresas de se tornarem competitivas por meio da quebra de proteção aos trabalhadores, associando essas alterações a desigualdades no ingresso e à perda de postos, além de apontarem as diversas maneiras com que as condições de trabalho se precarizam.

Com o objetivo de contribuir para o debate acerca das tendências e perspectivas para a gestão do trabalho na estratégia de Saúde da Família, texto produzido pela Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos do NESCON, apresentamos a seguinte questão: O que tem orientado as políticas de incorporação e gestão do trabalho no Brasil, em face das particularidades de seu mercado de trabalho, no setor público e, em especial, na estratégia de Saúde da Família?

No Brasil, nos últimos vinte anos, identificamos três enfoques distintos que se expressam tanto na produção teórica quanto na orientação de políticas relacionadas ao trabalho. Num primeiro enfoque, priorizado na primeira metade da década de 1990, verifica-se um forte discurso favorável à flexibilização das relações de trabalho. Alguns autores (PASTORE, 1994; ZYLBERSTJN, 1998) afirmavam que, para contornar a competição, a recessão e novas necessidades de contratação, seria necessário seguir a tendência geral de flexibilização dos mercados de trabalho dos países mais avançados. Segundo Pastore (1994),

a necessidade de inovar e competir está exigindo novas modalidades de contratação e remuneração do trabalho. Quando as relações trabalhistas dependem muito da legislação, as adaptações são lentas, as empresas perdem a competição e os trabalhadores ficam sem emprego.

Na referida obra, Pastore (1994) analisa dois modelos possíveis de relações de trabalho. No primeiro, o “modelo estatutário”, a maioria dos direitos e deveres é garantida por lei, e as discordâncias e impasses tendem a ser remetidos para a Justiça comum ou à Justiça do Trabalho. No segundo modelo, conhecido como “modelo negocial”, os direitos e deveres são assegurados por um contrato firmado diretamente entre empregados e empregadores ou seus representantes. Nesse tipo de negociação, os conflitos são resolvidos entre as próprias partes ou por meio de terceiros, os quais elas mesmas escolheram como árbitros. Para o autor, embora não encontrássemos um país sequer que se enquadrasse inteiramente no modelo estatutário ou no negocial, as nações tenderiam mais para um modelo ou para outro. E, no Brasil, tem predominado o modelo estatutário, em que os acordos e as convenções coletivas são complementares à legislação.

Pastore também defende a tese de que “o sistema estatutário de relações do trabalho vigente no Brasil é rígido demais para garantir um mínimo de sucesso na corrida da competição mundial”. Sugeria, então, a substituição do padrão de relação trabalhista por um modelo negocial, guardadas as particularidades. Para tanto, reconhece a exigência de grandes mudanças na esfera legal e na “própria mentalidade dos protagonistas da cena trabalhista no Brasil”. Nesse sentido, Pastore aponta para uma flexibilização mais voltada à questão dos custos do trabalho, com a revisão dos direitos legais extensivos a todos os trabalhadores no mercado formal, o que reduziria o custo de incorporação do trabalho e aumentaria a competitividade das empresas, garantindo a manutenção dos empregos.

Para outra vertente teórica, representada por Camargo (1996), Amadeo (1996) e Urani (1996), por exemplo, nosso mercado de trabalho já se encontra, em grande medida, flexibilizado. Camargo (1996), ao fazer uma análise de indicadores de acompanhamento do mercado de trabalho, aponta índices que servem para medir o grau de flexibilização do mercado de trabalho. Inicialmente, segundo o autor,

um bom indicador do grau de flexibilidade do mercado de trabalho para se adaptar a choques exógenos é o modo pelo qual a taxa de desemprego aberto varia. Se a taxa de desemprego é relativamente estável e não varia muito com os

choques, é sinal de que o mercado de trabalho é flexível. Isso mostra que o ajustamento foi, em grande parte, absorvido pelas variações dos salários reais. Se a taxa de desemprego aumenta, o mercado de trabalho é rígido.

Assinala, ainda, que o índice de desemprego aberto no país tem-se ajustado rapidamente à conjuntura econômica, e esse índice, somado a outros resultados – como alta variação dos salários reais, alto índice de rotatividade de mão de obra e predomínio de contratos de trabalho de curto prazo –, indicaria que o mercado de trabalho brasileiro porta um expressivo grau de flexibilização. Para esse autor, um efeito negativo do elevado grau de flexibilidade do mercado de trabalho no país seria o baixo investimento em capital humano (treinamento e qualificações específicas). Assim:

[...] as firmas brasileiras exigem muito pouco treinamento de seus empregados e o investimento em capital humano no emprego restringe-se a um treinamento muito específico e simples. Dessa forma, os ajustes do mercado de trabalho se dão principalmente por meio da admissão e da demissão de trabalhadores e muito pouco através de retreinamento e requalificação.

Na verdade, essa segunda corrente teórica defende, ao contrário do enfoque anterior, a promoção da estabilidade dos vínculos de emprego por meio de alterações na sistemática do FGTS, no seguro-desemprego e na justiça do trabalho, em direção a uma flexibilidade funcional capaz de elevar a produtividade e aumentar a competitividade brasileira.

Um terceiro conjunto de estudos sobre o padrão de gestão do trabalho no país, (MATTOSO, 1996; DEDECCA, 1996; BALTAR *et al.*, 1996; SIQUEIRA NETO, 1996; entre outros) revela algumas especificidades do Brasil em relação aos demais países. Como assinalam Baltar *et al.* (1996), o contexto em que se desenvolvia o debate sobre a flexibilização do trabalho em nosso país, embora fosse realizado num momento de abertura da economia à competição internacional, implicando igualmente a discussão acerca da necessidade de flexibilização na incorporação do trabalho para um ajustamento das empresas, como ocorre nos demais países, destacava-se por estabelecer relações de trabalho distintas. Segundo os referidos autores.

*As relações de trabalho no Brasil são muito diferentes das vigentes na Europa. Destaca-se, em particular, a elevada rotatividade da mão de obra e o relativamente pequeno quadro de pessoal permanente ou estável na empresa. De fato, a contratação coletiva do trabalho nunca se desenvolveu e os direitos do trabalhador, garantidos por lei, não acarretam alto custo do trabalho nem impedem uma utilização flexível da mão de obra pelas empresas. E, para a maioria dos trabalhadores, prevalecem o baixo nível dos salários e frequentes mudanças de emprego (BALTAR *et al.*, 1996).*

Seus estudos também levam em conta o alto grau de flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil e apontam, igualmente, os limites à proposição de que a alteração das regras trabalhistas garantiria a ampliação de empregos. Por outro lado, assinalam que flexibilidade funcional e estabilidade do emprego não se traduziriam em maior produtividade. Como afirmam Baltar *et al.* (1996), o modelo de gestão do trabalho demandaria alterações em sentido amplo: por um lado, a adoção de medidas que levassem a uma pressão sobre o Estado para forçá-lo a atuar a favor da retomada do desenvolvimento econômico. Por outro lado, a “implementação de uma autêntica contratação coletiva do trabalho, a qual exigiria sindicatos representativos nos diversos locais de trabalho”.

Os três diferentes enfoques, em momentos distintos, induziram a formulação e a condução das políticas públicas para o trabalho e passaram a ocupar lugar de destaque nas agendas de reforma do Estado, além de se manterem, atualmente, no interior das propostas de reformulação das instituições públicas.

Durante a década de 1990, as reformas trabalhistas do governo Fernando Henrique Cardoso priorizaram a revisão da legislação; foram reforçadas as necessidades de se romper com a rigidez das normas, com vistas à redução dos custos do trabalho num período de ajustes fiscais, o que gerou um forte movimento de (des)regulamentação/precarização do trabalho.

Nesse período, o campo da saúde, ao enfrentar políticas restritivas no que se refere ao quadro de pessoal no setor público, ao mesmo tempo em que se acentuavam as demandas sociais por trabalho em saúde, teve nas terceirizações, na cooperativação e em outras formas de vinculação mais ou menos protegidas a alternativa disponível para manter alguns programas em funcionamento, notadamente na estratégia de Saúde da Família.

A escassez de mão de obra qualificada, principalmente da categoria médica, em um cenário de predominância de contratação informal, com grande oscilação de remunerações entre municípios vizinhos e entre categorias profissionais – enfermeiro, médico e dentista –, além da frequente migração entre municípios de uma mesma região em busca de salários e condições de trabalho mais atraentes, foi uma marca importante na implementação da estratégia.

Esse modelo heterogêneo e flexível de incorporação e gestão do trabalho manteve, para o sistema, a dificuldade no sentido de fixar profissionais e, por conseguinte, implantar novas diretrizes da política de saúde por falta de pessoal, e, ainda, de forma importante, no final do governo Fernando Henrique Cardoso, atraiu um grande volume de questionamentos por parte dos órgãos de controle do Estado quanto à legalidade das formas de contratação e gestão.

No início dos anos 2000, há certa inflexão à tendência de desestruturação do mercado formal de trabalho no país. Esse fenômeno se deveu, por um lado, a mudanças que favoreceram a retomada de crescimento do número de ocupações e à elevação dos vínculos formais; e, por outro, a uma solução reativa às fiscalizações por parte do Ministério do Trabalho e ao entendimento, por parte da Justiça, sobre a responsabilidade das instituições tomadoras de serviços terceirizados a respeito de reconhecimentos de vínculos, das pendências trabalhistas e previdenciárias, com a responsabilização dos gestores.

Neste momento, as políticas implementadas no campo do trabalho, mesmo ainda sob forte orientação fiscalista, passam a ser conduzidas pela ideia de investimento em capital humano das instituições. O objetivo passa a ser o de investir na qualificação dos trabalhadores como forma de garantir sua permanência no mercado de trabalho, sua empregabilidade.

No setor de saúde, além de uma expansão significativa na formação de pessoal de nível superior, após a graduação ampliou-se o número de bolsas nos programas de residência médica (incluindo a criação da formação em Saúde da Família e dos polos de formação). Além disso, houve um crescimento do total de mestres e doutores. Em relação ao pessoal de nível médio, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) conseguiu formar 173.544 auxiliares de enfermagem e 71.973 técnicos de enfermagem. Além disso, nesse mesmo período, especializaram-se 15.150 enfermeiros em Educação Profissional (CONASS, 2007).

Entretanto, em que pese a implementação desses importantes projetos, que ampliaram as bases para as atuais políticas de educação permanente, essas medidas não foram suficientes para reduzir a fragilidade dos vínculos trabalhistas praticados no SUS, nem para fixar seus profissionais na rede.

A partir de 2003, ganha força no interior do governo a adoção de medidas orientadas à reversão do quadro de precarização do trabalho, visto que tais medidas estão ancoradas na ideia de que a solução para o aumento da formalização do mercado de trabalho no país estaria na dinâmica econômica. Entre os indicadores desse movimento, está

a expansão dos concursos públicos para diversos órgãos do serviço público federal. Vale lembrar a importância desse item nos debates eleitorais e no programa de governo que saiu vitorioso nas eleições de 2002.

Na saúde, a orientação pela (des)precarização do trabalho se traduz numa busca efetiva, primeiro com a criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com a realização de concursos no âmbito do próprio Ministério da Saúde, seguidos por concursos públicos em muitos estados e municípios, notadamente a partir de 2005, e ainda a promulgação, em 2006, da Emenda Constitucional nº 51, que torna ação exclusiva do poder público a contratação dos agentes comunitários de saúde. E o estudo da Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos do NESCON nos apresenta dados empíricos que revelam a diminuição dos índices de contratos precários na estratégia de Saúde da Família.

Entretanto, se a direcionalidade das políticas para o trabalho está vinculada à necessidade de um cenário econômico favorável, direção coerente com as medidas de (des)precarização adotadas nos últimos anos, é necessário, ainda, que, por parte daqueles que sempre estiveram envolvidos com estudos e formulação de políticas para o campo da gestão do trabalho em saúde se aprofundem as investigações sobre a qualidade do emprego na saúde. Assim, medir o índice de rotatividade do trabalho na estratégia de Saúde da Família é algo que pode contribuir para o aprofundamento sobre a qualidade dos postos de trabalho nela incorporados.

Sabemos que nem sempre maior grau de regulação do trabalho se traduz em melhoria automática dos empregos, ainda mais quando se realizam por contratos temporários regidos por legislação especial.

Em relação ao formato institucional apropriado para assegurar, a um só tempo, segurança no trabalho e flexibilidade necessária à gestão pública, apresenta-se uma agenda, ao mesmo tempo, propositiva e reativa. Propositiva, porque pretende encontrar soluções para o impasse relativo à forma de ingresso e de gestão dos trabalhadores de saúde e suas múltiplas formas de vínculo; reativa, ao procurar responder aos questionamentos dos órgãos de controle sobre legalidade quanto à forma de incorporação do trabalho, fato que tem gerado impasses para o próprio Ministério da Saúde e para diferentes secretarias estaduais e municipais, com grande constrangimento para gestores.

A proposta elaborada, muito fortemente debatida no interior das instituições de saúde, é o modelo de fundações estatais de direito privado.

No que se refere ao modelo de gestão do trabalho, a proposta está vinculada à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com concurso, plano de carreira, emprego e salários próprios. Ainda segundo a proposta, a remuneração seria compatível com o mercado, com a possibilidade de mecanismos de remuneração variável. Prevê-se ainda uma transição em que os servidores estatutários podem ser cedidos, em caráter excepcional, para a fundação, mas permanecerão regidos pelo regime estatutário, com todas as vantagens pessoais asseguradas, sem perdas salariais.

Mais de um ano após o lançamento desse novo modelo e, embora tenha sido identificada pela atual gestão do Ministério da Saúde como um avanço no modelo de gestão, essa proposta permanece sem consenso entre os diferentes gestores, trabalhadores e suas representações. Algumas experiências já estão sendo aprovadas no âmbito do SUS, como nos estados da Bahia (com foco na atenção básica), Sergipe e Rio de Janeiro, porém se mantém o impasse quanto ao melhor modelo de gestão e incorporação do trabalho para o sistema de saúde.

Para (des)precarizar o trabalho em saúde, é necessário, antes de tudo, manter-se o crescimento do dinamismo da economia, porém sem que esse crescimento seja centrado nas metas de inflação e no aumento do PIB; ele deve estar

voltado para a elevação do emprego como centro das estratégias do desenvolvimento econômico, se considerarmos que é por meio da melhoria da qualidade do trabalho que os benefícios do desenvolvimento econômico podem realmente chegar até as pessoas.

Superados os desafios de se estabelecerem desenhos institucionais capazes de responder às necessidades de flexibilização da gestão pública com formas de trabalho decente, o mercado de trabalho em saúde poderá realmente fazer diferença na geração de emprego e renda, na melhoria do perfil do mercado de trabalho brasileiro e em dar respostas às demandas sociais pelo trabalho em saúde?

REFERÊNCIAS

AMADEO, E.; CAMARGO, J. M. Instituições e o mercado de trabalho no Brasil. In: CAMARGO J. M. (org.). *Flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

BALTAR, P. E. de A.; PRONI, M. W. Sobre o regime de trabalho no Brasil: rotatividade da mão de obra, emprego formal e estrutura salarial. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. (orgs.). *Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?* São Paulo: Scritta, 1996.

CAMARGO, J. M. Flexibilidade e produtividade do mercado de trabalho brasileiro. In: CAMARGO J. M. (org.). *Flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Para entender a gestão do SUS*. Coleção Progestores, Brasília: [S.n.], v. 5, 2007.

DEDECCA, C. S. Racionalização econômica e heterogeneidade nas relações e nos mercados de trabalho no capitalismo avançado. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. (orgs.). *Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?* São Paulo: Scritta, 1996.

MATTOSO, J. E. L. Emprego e concorrência desregulada: incertezas e desafios. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. (orgs.). *Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?* São Paulo: Scritta, 1996.

_____. *A desordem do trabalho*. Campinas: Página Aberta, 1995.

_____. O novo e inseguro mundo do trabalho nos países avançados. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. *O mundo do trabalho: crise e mudança no final do século*. Campinas: Página Aberta, 1994.

PASTORE, J. Flexibilização dos mercados de trabalho e contratação coletiva. São Paulo: LTR, 1994. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 27-33, abr. 2010.

PEREIRA, C. Em busca de um novo perfil institucional do Estado: uma revisão crítica da literatura recente. *Revista BIB-ANPOCS*, Rio de Janeiro, n. 44, 1997, p. 81-102.

SIQUEIRA NETO, J.F. Flexibilização, desregulamentação e o direito do trabalho no Brasil. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. (orgs.). *Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?* São Paulo: Scritta, 1996.

SIQUEIRA NETO, J. F.; OLIVEIRA, M. A. Contrato coletivo de trabalho: possibilidades e obstáculos à democratização das relações de trabalho no Brasil. In: OLIVEIRA, C. A. B.; MATTOSO, J. E. L. (orgs.). *Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?* São Paulo: Scritta, 1996.

URANI, A. Ajuste macroeconômico e flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil: 1981-95. In: CAMARGO J. M. (org.). *Flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

ZYLBERSTAJN, H; PASTORE, J. *A administração do conflito trabalhista no Brasil*. São Paulo: IPE/USP, 1998.

Políticas de Gestão do Trabalho no SUS: O Desafio Sempre Presente

*Work Management Policies at the Health System:
The Always Present Challenge*

Neusa Maria Nogueira Moyses¹

¹ Socióloga; mestre em Educação pela UFF; pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.
moyses@ensp.fiocruz.br

RESUMO *Este artigo busca fazer uma recuperação da área de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), enfocando as discussões e a tese presentes, durante o processo anterior à 8ª Conferência Nacional de Saúde e ao longo dos últimos vinte anos. Enfocam-se eventos, instituições e atores sociais na dinâmica de estruturação do sistema, com suas contribuições ao campo. Destacam-se, ainda, a complexidade do processo, os avanços e as possibilidades.*

PALAVRAS-CHAVE: *Gestão do trabalho em saúde, gestão, saúde.*

ABSTRACT *This article aims to recover the work management area at the Health System focusing in the present discussions and thesis, during the previous process to the 8th Health National Conference, and along the last twenty years. The focus are in the events, institutions, and social actors in the system structure dynamic with their contributions to the field. We can still stand out the complexity of the process, the advances, and the possibilities.*

KEYWORDS: *Work Management in Health, management, health.*

INTRODUÇÃO

Os anos 70 e o início dos 80 foram caracterizados por forte crise econômica, com repercussão nas políticas públicas. No setor da saúde, o modelo de organização do sistema, segundo a lógica flexineriana, com priorização da medicina centrada no hospital e na compra de serviços ao setor privado por parte do setor público, longe de atender às necessidades da população brasileira, destacava o caráter excludente de nossa cidadania, apartando do acesso aos recursos e serviços de saúde a maior parte da população, principalmente os estratos de mais baixa renda e de regiões afastadas dos grandes centros.

Foram anos de muita discussão e incorporação de segmentos sociais de trabalhadores e sociedade civil ao movimento que, paralelamente ao processo de abertura política, pós-regime autoritário, buscava construir um novo pacto social, com a recuperação do Estado de Direito. O projeto de saúde coletiva buscou um novo modelo explicativo do processo saúde-doença-atenção à saúde. Historicamente, a movimentação característica desse período ficou marcada como Movimento de Reforma Sanitária, que cobriu um conjunto de ações e iniciativas, com formulações de propostas para o setor da saúde em seus diferentes aspectos, incluídos os recursos humanos existentes e necessários à reconfiguração do sistema.

Medici (1986) aborda algumas características então presentes cuja menção é digna de interesse:

- Forte crescimento do número de trabalhadores da saúde, bem como da quantidade de empregos ligados ao setor (no bojo da expansão da assistência médica previdenciária);

- Destacada incorporação de trabalhadores de níveis médio e elementar, em especial os atendentes;

- Larga expansão do aparelho formador de nível superior no segmento privado. Grande parte do corpo médico formado no período teve como referência a medicina especializada, tecnicizada, privatizante, distante do quadro social de saúde no Brasil;

- Nas figuras do médico e do atendente (mão de obra sem especialização e com níveis salariais mais baixos), construiu-se a assistência médica privada dos anos 70, financiada tanto no custeio quanto no investimento pelo setor público;

- Multiplicidade de empregos, especialmente para o profissional médico, combinando empregos em estabelecimentos públicos e privados com a medicina liberal;

- Sobreoferta de médicos nos grandes centros – entre 1970 e 1980, o número de formados em medicina passou de 45.113 para 101.793; formavam-se, em média, 8 mil profissionais/ano;

- Carência absoluta de médicos em, pelo menos, 10% dos 4.100 municípios brasileiros então existentes;

- Aumento da participação feminina no emprego setorial – a força de trabalho feminina passa de 41% para 63% do total do setor em uma década (MACHADO, 1986);

- Aumento do assalariamento, conjugado com incrementos do exercício de múltiplas inserções no mercado de trabalho, com destaque para o profissional médico;

- Aumento de empregos no setor privado, em decorrência da política assistencial implementada no período.

- Prolongamento da jornada de trabalho dos profissionais de nível superior, em decorrência dos múltiplos vínculos e da baixa remuneração.

Essas características e tendências estão associadas ao padrão de organização do setor de saúde no Brasil.

O final dos anos 70 traz consigo a implementação de políticas de emprego e recursos humanos em saúde focadas na formação e qualificação de trabalhadores de níveis técnico e auxiliar sem qualificação superior, para atender às necessidades da rede ambulatorial, e não sómente dos hospitais. É enfatizada a formação generalista e ressaltada a necessidade de se desenvolverem políticas de preparação e gerenciamento de RH, com serviços mais regionalizados e hierarquizados, tendências que podem ser observadas no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), na proposta do PREV-SAÚDE e no Plano CONASP, e se corporificam operacionalmente nas Ações Integradas de Saúde (AIS), no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e, nos anos 90 em diante, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com uma breve revisão da literatura e dos documentos produzidos nos anos 70 até início dos anos 80, a partir do II Plano Nacional de Desenvolvimento e da Lei nº. 6.229/75, que tratavam da organização do Sistema Nacional de Saúde, observa-se o aumento de trabalhos interministeriais destinados a estudar a questão da formação dos recursos humanos em saúde no Brasil. O foco central dos documentos e da literatura diz respeito a questões no âmbito da formação/preparação de trabalhadores, sua distribuição territorial e a integração ensino/serviço. Importante dizer que, em seu relatório, o Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde (1981) fazia menção à necessidade de institucionalização de Programas de Educação Permanente para todos os níveis de trabalhadores.

Entre 23 e 26 de março de 1982, foi promovido em Brasília o 2º Encontro Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, organizado pelo Ministério da Saúde, com a cooperação de diversos órgãos, como MEC, MPAS, OPAS e órgãos estaduais. Do encontro, teve origem o documento intitulado

'A Organização das Ações de Desenvolvimento dos Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde', com a finalidade de

orientar o desenvolvimento dos recursos humanos para a globalidade e a necessidade de uma ação coordenadora como condição para a realização das ações de saúde nas Secretarias Estaduais (MEDICI et al., 1992).

O mesmo documento aponta para o fato de que o desenvolvimento de recursos humanos, por si só, 'não desenvolve uma relação de causa e efeito quanto à qualidade dos serviços prestados'

e entende por desenvolvimento de recursos humanos para a saúde o processo dinâmico, integrado à política nacional de saúde, que visa ao aprimoramento técnico, ao crescimento pessoal e à evolução funcional dos trabalhadores no setor. (MEDICI et al., 1992).

Uma característica importante dos empregos em saúde, inclusive na crise econômica dos anos 80, foi – como tem sido – sua constante expansão. Entre 1977 e 1984, os empregos em saúde nas redes hospitalares e ambulatoriais cresceram a uma taxa de 7,9% ao ano. Entretanto, cabe dizer que à expansão não corresponde um aumento significativo dos gastos com remuneração do trabalho. A uma política de expansão dos empregos, correspondeu o rebaixamento de salários, com consequências para os profissionais de nível superior na multiplicidade de vínculos para os de níveis médio e elementar no congelamento relativo de salários.

Com o advento da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento paradigmático no processo de organização e participação das CNS até então realizadas,

na medida em que incorpora a participação da sociedade civil organizada e dos trabalhadores do sistema, precedida de uma série de pré-conferências municipais e estaduais preparatórias, as propostas específicas do tema ‘recursos humanos’ foram discutidas no item Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Apontaram-se como prioridades no campo:

- a) remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estaduais e municipais, com o estabelecimento urgente e imediato do plano de cargos e salários;*
- b) capacitação e reciclagem permanentes;*
- c) admissão por meio de concurso público;*
- d) estabilidade no emprego;*
- e) composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades e a chamada de atendimento de cada região, em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;*
- f) compromissos dos servidores com os usuários;*
- g) cumprimento de carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;*
- h) direito à greve e à sindicalização dos profissionais de saúde;*
- i) formação dos profissionais de saúde integrada ao sistema de saúde regionalizado e hierarquizado;*
- j) inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas;*
- l) incorporação dos agentes populares de saúde, como pessoal remunerado sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde para trabalhar em educação para a saúde e os cuidados primários.* (MEDICI et., 1992, p. 43).

Em outubro de 1986, em Brasília, como desdobramento da 8^a CNS, realizou-se a Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos, promovida pela Comissão de Recursos Humanos da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), com três principais núcleos temáticos:

a) Valorização do profissional, discutida sob a perspectiva da inserção dos trabalhadores nas instituições de saúde, das carreiras profissionais, da formação das equipes de saúde e do desafio da nova gerência de serviços;

b) Preparação de recursos humanos, enfocada pela ótica da formação e do aprimoramento de pessoal dos níveis médio e elementar, ensino de graduação e pós-graduação, educação continuada e integração docente-assistencial;

c) O compromisso social – nova ética para os trabalhadores de saúde, tema que permeou todos os debates, na busca da dignidade profissional, de um redimensionamento das relações entre profissionais e usuários de serviços, rompendo a cadeia de fatos que dão origem ao grau de descompromisso, precariedade e ineficiência que hoje caracterizam os serviços públicos de saúde e a administração pública em geral. (BRASIL, CIPLAN, 1987).

Em linhas gerais, aquela primeira CNRHS espe- lhhou uma realidade em que o peso dos movimentos corporativos do setor se fez presente.

Do ponto de vista dos empregos públicos em saúde, chegamos ao cenário da 8^a Conferência Nacional de Saúde e pré-Constituição de 1988 com uma distribuição dos empregos nos estabelecimentos públicos em que o nível federal concentrava 42,79%; o estadual, 39,42%; e o municipal, 17,79%.

A CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A REALIDADE LOCAL DOS RECURSOS HUMANOS

Conforme destaca Machado (2006), as décadas de 1980 e 1990 foram caracterizadas, no setor de saúde, por inovações e transformações. As teses e discussões da 8^a CNS foram retomadas na Assembleia Nacional Constituinte e incorporadas, praticamente em sua totalidade, na Constituição de 1988. O advento da regulamentação

dos artigos constitucionais referentes à saúde (arts. 196 ao 200), via Leis Complementares nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o que representou a incorporação ao sistema de uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde.

As diretrizes da universalidade de acesso ao sistema, da integralidade da atenção, da equidade, da participação da comunidade, da descentralização passam a presidir as ações e decisões no âmbito do SUS.

Machado (2006) identifica três movimentos nesse processo: o primeiro, caracterizado pela expansão do setor de saúde – no final da década de 1970, o país contava com 13.133 estabelecimentos de saúde; nos anos 80, passam para 18.489 e, em 2002, para 67.612, com a incorporação de mais de dois milhões de empregos. O segundo movimento foi o de redução da rede hospitalar, ou seja, com a desospitalização do sistema de 443.888 leitos em 1976, chegamos a 2002 com apenas 471.171 leitos. O terceiro movimento, segundo a autora, diz respeito à expansão de empregos de saúde na esfera municipal, com a inversão definitiva da vocação histórica da assistência no país. Se no ano de 1984, conforme já mencionado, cerca de 40% dos empregos públicos estavam na esfera federal, 39% na estadual e 18% na municipal, em 1992, menos de dez anos depois, a distribuição de empregos públicos inverteu a pirâmide, com apenas 15,5% de empregos federais, 42,9% estaduais e 41,7% municipais.

Em 2002, segundo dados do IBGE, o setor público de saúde passou a ser o maior empregador do sistema de saúde, com 54,7% dos empregos de um total de mais de 2,5 milhões de empregos em saúde: hoje, representam 1,4 milhão de empregos públicos e 1,1 milhão de privados. Os municípios passam a responder por dois terços do total de empregos públicos; os estados, por 25,6%, e a esfera federal, por 11%. Cabe destacar que, nos estados do Acre (30,6%), Amazonas (34,3%) e Amapá (48,3%),

a participação no conjunto de empregos é elevada. Nos estados do Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, a participação dos empregos estaduais também fica acima da média. No período, também houve elevação da escolaridade dos trabalhadores no SUS.

Embora os dados gerais apontem para uma melhor distribuição espacial dos trabalhadores de saúde nos anos recentes, observa-se que a região Sudeste ainda concentra mais da metade dos profissionais de saúde do país, enquanto a região Norte detém apenas 4%, mantendo-se a iniquidade da distribuição da oferta de mão de obra.

Em 1988, o Brasil registrava um total de 4.180 municípios; em 2004, eram 5.562, e, desse total, a maioria, mais de 90% com população de até 50 mil habitantes, praticamente a metade dos municípios brasileiros, tem menos de dez mil habitantes (48,4%).

Agrega-se ao grande contingente de municípios de pequeno porte o desafio da construção de uma nova estrutura organizacional em um contexto municipal que se expressa nas diferentes rationalidades das estruturas que, a partir da implantação do SUS, precisam ser integradas na necessidade de enfrentar e romper com a tradição de um sistema de poder centralizado na esfera federal.

O processo em curso, do ponto de vista dos recursos humanos, além de enfrentar os desafios herdados da conjuntura anterior, requer um novo perfil de trabalhadores e gestores de saúde para atuar e construir coletivamente as estruturas do sistema sob o aspecto do projeto assistencial, da formação dos trabalhadores necessários e da qualificação dos existentes no mercado de trabalho em saúde e, em grande parte, para os estados e municípios estruturarem a própria área de gestão do trabalho e da educação, visando ao enfrentamento permanente dos desafios e contradições inerentes ao processo de construção coletiva (ver, a esse respeito, o relatório da pesquisa do CONASS/Documenta, v. 1, 2004, e Relatório de pesquisa Capacidade Gestora

de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde (ROREHS/IMS-UERJ/NESCON-UFMG, 2005).

No início da implantação do SUS, a maioria dos municípios não contava com secretarias municipais de saúde estruturadas; em consequência, a área de Recursos Humanos também não.

A estrutura de gestão de Recursos Humanos nas secretarias estaduais e municipais, embora mais ou menos semelhantes aos departamentos de pessoal – herança do antigo DASP, da gestão federal dos anos 50 –, tem autonomia relativa e subordinação setorial às secretarias de administração, além de empregar e reproduzir métodos tradicionais de gestão, pautados em hierarquias rígidas, controle e ordem.

Desde 1986, realizaram-se três conferências nacionais temáticas de recursos humanos. A primeira, em outubro daquele ano, teve como tema central a ‘Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária’. A temática foi dividida em cinco blocos:

- 1) valorização do profissional;
- 2) preparação;
- 3) organização dos trabalhadores de saúde e
- 5) a relação do trabalhador de saúde com o usuário do sistema.

A segunda, em 1993, sob o tema central ‘Os Desafios Éticos frente às Necessidades no Setor Saúde’, e a terceira, em 2006, ou seja, a periodicidade não foi constante, tampouco fez jus ao caráter prioritário que a gestão do trabalho e da educação estaria por merecer face às suas características e ao baixo impacto das medidas adotadas para fazer frente às demandas do SUS.

A 3ª. Conferência foi realizada com a leitura da gestão do trabalho e da educação no âmbito do SUS e seu tema central foi ‘Trabalhadores de Saúde e a Saúde de todos os Brasileiros: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação’. Decorridos quase vinte anos da 8ª CNS e da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos, a Terceira Conferência Nacional

de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (a expressão ‘recursos humanos’ é substituída no nome da conferência e em todos os seus documentos por ‘gestão do trabalho e da educação’). A fala do secretário de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde, Dr. Francisco Eduardo Campos:

Os trabalhadores da Saúde não são um insumo adicional que se agrupa aos recursos financeiros, tecnológicos e de infraestrutura para produzir serviços: são os próprios serviços de saúde (RADIS, n. 46, 2006, p. 10).

A conferência em questão se propôs a discutir e avaliar os processos de trabalho no SUS, bem como recolocar em pauta a NOB/RH-SUS, discutida e aprovada após intenso debate promovido na década de 1990 (a proposta de elaboração foi aprovada na 10ª CNS, em 1996), com a participação dos diferentes segmentos dos gestores, do controle social e dos trabalhadores.

Medidas restritivas à incorporação de empregos públicos são editadas, no final dos anos 90 e 2000 (Lei Camata e Lei de Responsabilidade Fiscal).

Crescem diferentes modalidades de ingresso de trabalhadores no sistema, especialmente na esfera municipal, com o advento do trabalho precário e terceirizado nas atividades fins do setor saúde, prioritariamente nos municípios, por se terem transformado, em aproximadamente dez anos, no maior empregador do sistema.

Os desafios, limites e contradições foram e estão colocados tanto na esfera política como na técnico-operacional.

A reestruturação produtiva é outro fenômeno presente nas décadas de 1980 e 1990 que também vai aditar ao conjunto das discussões da estruturação da gestão do trabalho no SUS peculiaridades como de-

manda por novas competências, regulação do trabalho e precariedade do trabalho em saúde. A esse respeito, recomendamos a leitura do volume 5 da coleção ‘Pro-gestores: para entender a gestão do SUS’, em especial o item 1.2 (BRASIL, CONASS, 2007).

AS ENTIDADES DE REPRESENTAÇÃO DOS GESTORES E A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), entidades com, respectivamente, 27 e 21 anos de existência, se confundem e fazem parte do processo de estruturação do Sistema Único de Saúde.

O CONASS tem atuação direta no questionamento e na construção da política nacional de saúde em seus diferentes aspectos, inclusive aqueles que dizem respeito à gestão do trabalho e da educação. Em dezembro de 1996, via Resolução nº. 02, a entidade criou sua Câmara Técnica de Recursos Humanos (CTRH/CONASS). A referida Câmara Técnica é uma das mais antigas da entidade e vem acompanhando, discutindo e realizando estudos, eventos e reuniões periódicas relativas ao tema, bem como se faz representar nas diferentes comissões da área.

O CONASEMS, embora mais recente na estruturação específica da área, também conta com um Grupo Técnico de Trabalho dedicado ao tema ‘Gestão de Trabalho’ no SUS e exerce a representação em diferentes comissões da área.

A capilaridade que as discussões e a participação crescente das entidades no campo da gestão do trabalho e da educação ganharam ao longo dos últimos vinte anos faz com que as três esferas de gestão participem ativa-

mente e de forma compartilhada das decisões políticas nacionais da área.

DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS À GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

A expressão ‘gestão de recursos humanos’, consagrada na literatura clássica de administração, recebe forte carga do modelo taylorista/fordista de gestão, em que, de forma funcional, os recursos humanos são tidos como um dos componentes ‘recursos’ da cadeia produtiva, assim como os recursos materiais e econômico-financeiros, lógica segundo a qual a organização do trabalho tem como característica o predomínio do trabalho prescrito com pouca autonomia por parte dos trabalhadores.

Pierantoni *et al.* observa que

*as abordagens conceituais do termo ‘recursos humanos’ sofrem uma evolução, sendo (re) significadas a partir de sua definição clássica... Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego e desemprego, produção, renda, assalariamento – e configura-se na gestão do trabalho – da sociologia do trabalho, em um mix que envolve trabalho, trabalhador como ser social e sociedade (PIERANTONI *et al.*, p.30).*

Embora se reconheça que o termo ‘recursos humanos’ é consagrado e utilizado na literatura mundial, não se referindo, de forma exclusiva, à sua conceituação clássica, a abordagem de gestão do trabalho corresponde melhor à dinâmica presente nas relações e gestão do trabalho que preside a construção desse campo no âmbito do SUS.

Em 2003, o Ministério da Saúde reformula a estrutura e status da área de Recursos Humanos em seu âmbito: o que antes era uma Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS dentro

da Secretaria Executiva do órgão passa a ser a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com dois departamentos: de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e de Gestão da Educação na Saúde. Aquela secretaria está diretamente subordinada ao ministro, portanto mais próxima da tomada de decisão da pasta.

OS ANOS RECENTES: VELHOS E NOVOS DESAFIOS

Multiplicidade de comissões, conferências, comitês gestores, mesas de negociação, entre outros colegiados, tudo isso vem produzindo políticas em fase de debate ou de implantação, o que vem ampliando a visibilidade do campo “Gestão do Trabalho em Saúde”.

As conferências de saúde e as específicas de Gestão do Trabalho iluminam pontos fundamentais e estruturantes do campo, aprovam diretrizes consoantes com as lutas políticas e suas pautas em diferentes momentos históricos de construção do Sistema Nacional de Saúde.

A gestão compartilhada, federal, estadual e municipal, com autonomia entre os entes federados, é um arranjo gerencial novo de difícil construção, se considerada a tradição centralizadora e autoritária do Estado brasileiro.

A complexidade e a multiplicidade dos problemas e interesses concorrentes apontam para a construção de uma agenda para a gestão do trabalho e da educação no SUS, com o incremento de práticas gerenciais que busquem a construção de consensos em processos complexos, muitas vezes contraditórios e de ampla negociação.

A dimensão continental do país, com culturas distintas e condições socioeconômicas diversas, além de grande desigualdade entre os estados, no interior de um mesmo estado e entre as regiões, traz em seu bojo o desafio que representa para o pacto federativo desen-

volver políticas que tornem viável o Sistema Único de Saúde, com seus princípios e características comuns.

O federalismo fiscal e o financiamento descentralizado do SUS, conforme Lima (2009), não oferecem mecanismos compensatórios aos desequilíbrios fiscais entre as diferentes esferas de governo.

Alguns problemas herdados com o advento do SUS permanecem sem medidas impactantes, como a questão remuneratória, os múltiplos vínculos, o aumento do conjunto de empregos – que, hoje, passam de dois milhões no sistema –, a ampliação vertiginosa dos empregos municipais em curto espaço de tempo, os vínculos precários, as carreiras dos trabalhadores, entre outros.

O setor saúde no Brasil é um dos maiores do mundo, em execução em mais de cinco mil municípios, seus estados e regiões. Essa magnitude, por si só, oferece a dimensão de que, muito embora, nesses vinte anos, se tenha produzido conhecimento e se tenha avançado no enfrentamento de alguns problemas de gestão do trabalho e da educação na saúde, muitos desafios antigos e novos estão propostos na construção da cidadania dos trabalhadores do SUS.

R E F E RÊNCIAS

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *CONASS 25 anos*. Brasília: Conass, 2007.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Gestão do Trabalho na Saúde*. Brasília: Conass, 2007.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*. Brasília: Conass, Documenta, v. 1, 2004.

- _____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Recursos Humanos: um desafio do tamanho do SUS*. Brasília: Conass, Documenta, v. 4, 2004.
- _____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *20 Anos SUS e Conasems*. Brasília: Conasems, 2007.
- _____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Reflexões aos Novos Gestores Municipais de Saúde*. Brasília: Conasems, 2009.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941 - 1992), *Cadernos RH Saúde*, Brasília, ano 1, v. 1, n. 1, 1993.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, 2: textos apresentados, *Cadernos RH Saúde*, Brasília, ano 1, v. 1, n. 3, 1993.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, 2: Relatório Final, *Cadernos RH Saúde*, Brasília, ano 1, v. 2, n. 1, 1994.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS*. Brasília, 2 ed. rev. e atual., 2003.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, *RADIS Comunicação em Saúde*, n. 46, 2006, p. 10.
- LIMA, L. D. Federalismo Fiscal e Financiamento Descentralizado do SUS: Balanço de uma Década Expandida, *Trabalho Educação Saúde, Rio de Janeiro*, v. 6, n. 3, nov. 2008/fev. 2009, p. 573-597.
- MACHADO, M. H. Participação da Mulher no Setor Saúde no Brasil: 1970/80. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. [trabalho apresentado]. Brasília, mar. 1986.
- _____. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. *Cadernos RH Saúde*, v. 3, n. 1, mar. 2006.
- MACHADO, M. H. et al. (orgs.). *Trabalhadores de saúde em números*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2006, v. 2, 103p.
- MEDICI, A. C. Emprego em Saúde na Conjuntura Recent: Lições para a Reforma Sanitária. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. [trabalho apresentado]. Brasília, mar. 1986.
- MEDICI, A.C. et al. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1992.
- MOYSÉS, N. M. N. et al. O SUDS/RJ e a Municipalização: um processo em andamento. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v. 25, n. 2, abr./jun. 1991, p. 4-30.
- PIERATONI, C. R. et al. Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática, *Cadernos RH Saúde*, v. 3, n. 1, mar. 2006.

Os Enfermeiros nos Países do Mercosul: Análise Comparada da Regulação Profissional

The Nurses in the Countries of Mercosul: Comparative Study about the Professional Regulation

Ana Luiza Stiebler Vieira¹

Antenor Amâncio Filho²

Maria Helena Machado³

¹Enfermeira; pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); pesquisadora da Estação ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ.
stiebler@ensp.fiocruz.br

²Advogado; pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); pesquisador da Estação ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ; coordenador do Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da ENSP/FIOCRUZ.
amancio@ensp.fiocruz.br

³ Socióloga; pesquisadora titular do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); coordenadora da Estação de Trabalho ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ; diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS.
machado@ensp.fiocruz.br

RESUMO Trata-se de estudo comparado da regulação profissional dos enfermeiros no Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai, delineando especificidades, diferenças e semelhanças na perspectiva de implantação do Mercosul, que pressupõe a livre circulação de trabalhadores entre os países-membros do Tratado de Assunção. Apresenta a atual realidade regional da regulação trabalhista dos enfermeiros, entendida como registro profissional, legislação e controle do exercício profissional. Pela análise documental, constatou-se ausência oficial de lei do exercício profissional em dois países e, à exceção do Brasil, processos ainda frágeis e centralizados no estado de registro e controle do exercício profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiros, Mercosul, regulação profissional, controle profissional.

ABSTRACT This is a comparative study of professional regulation of nurses in Brazil, Argentina, Uruguay, and Paraguay, outlining their specificities, differences, and similarities, within a perspective of implementing the Common Market of the Southern Cone. Such market presupposes the free movement of workers in the labor markets of the countries which are members of the Treaty of Asuncion. It presents the current regional situation of the professional regulation of nurses. Regulation is understood as the professional registration, legislation, and control of professional nurses. After documentary analysis, we have noticed the absence of an official law of professional practice in two countries and, with the exception of Brazil, still fragile processes and centered in the State, regarding registration and control of professional practice of nurses.

KEYWORDS: Nurses, Mercosul, professional regulation, professional control.

O MERCOSUL E OS ENFERMEIROS

O Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL) representa a proposta de integração latino-americana do Cone Sul no contexto da década de 1990, que se caracteriza pela transnacionalização político-econômica mundial, com a formação de blocos regionais. Como o objetivo final do acordo é o mercado comum, essa forma de integração implica a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos, incluída a livre circulação de trabalhadores, entre os quatro países-membros: Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai.

Levando-se em consideração que a migração de recursos humanos qualificados pode significar uma perda social e econômica importante para os países de origem (independentemente do país de destino), atualmente o livre trânsito dos enfermeiros constitui tema importante para reflexão e análise. Implica, na prática, enfrentar, entre outras questões, as políticas de migração; as políticas de integração dos blocos regionais; a formação e utilização dos enfermeiros (e suas repercussões no sistema formador e prestador dos serviços de saúde); a equiparação curricular; e a regulação dos profissionais.

De acordo com Malvárez e Castrillón (2005), na América Latina grandes esforços e progressos têm sido feitos em direção à regulação do exercício da Enfermagem, por meio da criação de leis e regras específicas. Entretanto, apontam que os enfermeiros, na maioria dos casos, clamam pela monitoração dessas regulações, tanto daquelas sob a responsabilidade do Estado quanto daquelas que deveriam ser monitoradas pelas organizações profissionais. Enfatizam ainda que a regulação de contratação e de condições de trabalho proporciona um quadro para reclamações e queixas.

Ao corroborarmos com as reflexões sobre o processo de mobilidade profissional dos enfermeiros no Mercosul, temos por objetivo contribuir com as diversas institui-

ções representativas da Enfermagem brasileira e dos países-membros do Mercosul, apresentando a atual realidade regional da regulação profissional dos enfermeiros. Entendem-se como regulação o registro profissional, a legislação e o controle do exercício profissional dos enfermeiros. O presente trabalho é o recorte de uma pesquisa mais ampla, do Observatório de Recursos Humanos da ENSP/FIOCRUZ, no qual analisamos comparativamente os recursos humanos, a formação e o mercado de trabalho dos enfermeiros no Brasil, Argentina, Uruguai e Paraguai (VIEIRA *et al.*, 2006).

REGULAÇÃO DOS ENFERMEIROS NO MERCOSUL

No Mercosul, o Brasil, diferentemente dos demais países-membros, é o único que conta com um órgão específico de Enfermagem, legalmente reconhecido e delegado pelo Estado, para registro e controle do exercício profissional de suas categorias, função exercida na Argentina, no Uruguai e no Paraguai diretamente pelo Estado ou por seus respectivos Ministérios da Saúde. Em relação à legislação específica para o exercício profissional da Enfermagem – fator determinante para a estrutura e a dinâmica dos profissionais –, oficialmente apenas o Brasil e a Argentina dispõem de tal regulação. Nesse quadro, especialmente os enfermeiros do Uruguai e do Paraguai se ressentem da precária regulação profissional em seus países, há muitos anos evidenciando esforços contínuos para o reconhecimento nos congressos de uma legislação específica voltada ao exercício profissional. No Quadro 1, é possível comparar a situação dos enfermeiros nesses países em relação às suas leis específicas, ao registro e ao controle do exercício profissional.

No Brasil, a criação do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais ocorreu em 12/07/73, por intermédio da Lei nº. 5.905, com instalação definitiva em 5/03/75, quando da publicação da Portaria nº 3.059 do Ministério do Trabalho. Atualmente, o COFEN concentra poderes decisório e financeiro nas atividades de Enfermagem, eis que a filiação e o respectivo pagamento anual são de caráter obrigatório. O documento expedido pelos Conselhos Regionais (mediante a apresentação do certificado de conclusão de curso) constitui a credencial reconhecida

nos Conselhos Regionais de Enfermagem. O sistema COFEN/CORENS como entidade de Direito Público, além de deter a prerrogativa de só permitir o exercício da profissão pelo habilitado portador de registro no órgão, representa um sistema especificamente destinado a verificar as condições de capacidade para o exercício profissional, tendo, inclusive, autoexecutoriedade para aplicar sanções disciplinares e administrativas às pessoas físicas e jurídicas que venham a ser consideradas faltosas aos zelosos deveres da atividade profissional, após a conclusão de um processo específico que pode,

QUADRO 1 – Regulação dos Enfermeiros nos Países do Mercosul

Regulação	Brasil	Argentina	Uruguai	Paraguai
Lei do exercício profissional	Lei nº. 7.498, de 1986, regulamentada pelo Decreto nº. 94.406, de 1987	Ley nº. 24.004, de 1991, promulgada em 23 de outubro e regulamentada pelo Decreto nº. 2.497, de 1993	Encaminhada ao Congresso Nacional: ainda não aprovada	Encaminhada ao Congresso Nacional: ainda não aprovada
Registro profissional	Conselhos Regionais de Enfermagem	Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social	Ministerio de Salud Pública (Departamento de habilitación y control de los profesionales de la salud)	MSP y BS Ley nº. 836/80 (Código Sanitario)
Controle do exercício profissional	Conselhos Regionais de Enfermagem	Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social	Ministerio de Salud Pública (Departamento de habilitación y control de los profesionales de la salud)	MSP y BS Ley nº. 836/80 (Código Sanitario)

Fonte: VIEIRA et al., 2006.

pelas instituições de saúde e de ensino no país para o emprego dos profissionais, documento indispensável em concursos ou processos de seleção para empregos ou cursos de pós-graduação e de graduação. Em todos os estados brasileiros, o COFEN conta com estrutura adequada para o registro e o controle do exercício profissional

inclusive, instituir a penalidade de cassação do direito ao exercício profissional.

No Brasil, a lei vigente que regulamenta o exercício profissional das categorias de Enfermagem, em que os conselhos regionais se pautam, data de 1986, sob o nº. 7.498. Reconhece como categorias de Enfermagem¹ os enfermeiros, os técnicos², os auxiliares

¹ Os atendentes de Enfermagem, embora não reconhecidos pelo COFEN, por não terem formação oficial, consiste numa categoria da equipe de Enfermagem brasileira que ainda está presente em sua força de trabalho. Legalmente, a partir de 1994, de acordo com a Lei nº. 8.967 do COFEN, assegurou-se aos atendentes admitidos nos serviços de saúde antes da vigência da lei do exercício profissional (8/06/87) o exercício de atividades elementares de Enfermagem sob a orientação e supervisão do enfermeiro. Sob a denominação genérica de atendentes, estão pessoas contratadas com diversos nomes de acordo com as instituições de saúde: atendente de enfermagem, auxiliar de serviços médicos, auxiliar operacional de serviços diversos, auxiliar hospitalar, visitador sanitário, atendente de saúde rural, instrumentador cirúrgico, agente de saúde e auxiliar de saúde.

² Titulares dos respectivos diplomas expedidos por escolas brasileiras ou estrangeiras registrados em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem (COFEN, 1990).

de enfermagem³ e as parteiras.⁴ Os enfermeiros são considerados os titulares do diploma de graduação; do diploma ou certificado de obstetriz; enfermeira obstétrica; ou de títulos equivalentes conferidos por escolas estrangeiras, registrados em virtude de intercâmbio cultural ou revalidados no Brasil como diploma de enfermeiro (BRASIL, 1986) . A referida lei explicita as atividades de cada categoria da Enfermagem brasileira. Os enfermeiros, além de outras atribuições na equipe de Enfermagem e na equipe de saúde, têm atividades de caráter exclusivo: direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem; consulta de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Embora a Lei nº. 7.498, que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem no Brasil, reconheça como categorias afins os enfermeiros, os técnicos, os auxiliares de Enfermagem e as parteiras, a partir de 2011, por meio de resolução do próprio COFEN, não mais se procederá ao registro de auxiliares de Enfermagem no Brasil. Essa resolução é coerente com a Lei de Diretrizes e Bases da

Educação Nacional de 1996, que extingue a formação auxiliar e preconiza a formação técnica em todas as áreas de conhecimento. Na realidade, as Resoluções nº. 7 e nº. 8 de 1977 do Conselho Federal de Educação, em caráter excepcional, acabaram por permitir a formação de auxiliares de Enfermagem em nível equivalente ao primeiro grau de escolaridade. A resolução do COFEN de não reconhecimento dos auxiliares implica, a exemplo do ocorrido com os atendentes (que se qualificaram para auxiliares e técnicos), maior qualificação da equipe de Enfermagem e, ainda, a nosso ver, torna-se necessária intensa atuação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), como foi sua atuação na profissionalização dos atendentes de Enfermagem no país.

Na Argentina, o registro e o controle para o exercício profissional da Enfermagem estão a cargo da Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. Eses procedimentos são efetuados de forma descentralizada pelo Ministerio de Salud y Acción Social na maioria das províncias do país, o que gera, conforme aponta Abramzón (2005), grande dificuldade de informação de dados sobre os profissionais de saúde. E ainda, como afirma Abramzón em outro artigo (2001), existem deficiências no controle efetivo do exercício profissional. Muñoz *et al.* (1995) apontam também, entre outros problemas relativos à situação da Enfermagem na Argentina, a ausência de controle do exercício profissional espelhado pela ausência de colégios profissionais e pelo registro e controle a cargo do Ministério da Saúde, o qual não consegue monitorar de fato essas funções.

³ Titulares dos respectivos diplomas ou equivalente de acordo com a Lei nº 2.822, de 1956, e a Lei nº 2.604, de 1955 (com certificado expedido até 1961); do certificado de enfermeiro prático ou prático de Enfermagem expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia do Ministério da Saúde; pessoal enquadrado como auxiliar de Enfermagem por meio do Decreto-Lei nº. 299, de 1967; e ainda os titulares de diplomas ou certificados conferidos por escolas ou cursos estrangeiros, registrados em virtude de intercâmbio cultural ou revalidados no Brasil como auxiliares de Enfermagem (COFEN, 1990).

⁴ Titulares do certificado previsto no Decreto-Lei nº. 8.778, de 1946; do certificado de parteiro ou equivalente, conferido por escolas ou cursos estrangeiros, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26/6/88, como certificado de parteiro (COFEN, 1990).

Na maioria das províncias, os órgãos do Ministério, de acordo com a avaliação da autora, limitam-se, portanto, apenas à outorga de registro profissional.

O corpo normativo que regula o exercício das atividades profissionais da Enfermagem era estruturado na Lei nº. 17.132/67. Em 23/10/91, por meio da promulgação da Lei nº. 24.004 e do Decreto nº. 2.497, de 1993, que aprova a regulamentação dessa lei, a Enfermagem passou a contar com sua legislação específica, a qual, embora recente, na opinião de Muñoz et al. (1995) é inadequada para a realidade da Enfermagem nacional. De acordo com essa lei (REPÚBLICA DE LA ARGENTINA, 1991), reconhecem-se no país para o exercício da Enfermagem⁵ apenas o ‘profesional’⁶ que é licenciado, os enfermeiros e os auxiliares de Enfermagem. Os ‘profesionales’ são considerados os titulares dos diplomas ou certificados de licenciatura e de enfermeiro outorgado pelas escolas de Enfermagem nacionais, provinciais, municipais e privadas reconhecidas; ou os titulares de certificado equivalente, expedido por países estrangeiros, revalidado de acordo com a legislação vigente e os convênios de reciprocidade. Nesse último caso, a revalidação pode exigir exames de equivalência e/ou complementação curricular.

De acordo com o Decreto nº. 2.497, aos ‘profesionales’, além de outras atribuições, cabe legalmente, em caráter exclusivo, o exercício autônomo da Enfermagem, que pode ser desenvolvido em consultórios privados, domicílio dos clientes, locais, instituições ou estabelecimentos públicos ou privados e todos aqueles âmbitos em que se autorize o desempenho de suas competências, exigindo-se, em todos os casos, a habilitação dos lugares e a pertinente autorização para exercer docência, pesqui-

sa, assessoria e administração dos serviços, bem como o estabelecimento nas incumbências dos títulos habilitantes de licenciado(a) em Enfermagem e enfermeiro.

No Uruguai, cabe legalmente ao Ministério de Salud Pública regular e controlar o exercício dos profissionais de saúde. Não há referência específica à Enfermagem, a qual é tratada então como ‘profesiones derivadas’ ou como ‘auxiliares de la medicina’ e, posteriormente, como ‘profesiones vinculadas com la salud’. Assim, essas atribuições são expressas na Lei nº. 9202, de 12 de janeiro de 1934 (Ley Organica), que, em seu art. 2º, parágrafo 6º, confere ao MSP: “Reglamentar y contralorear el ejercicio de la Medicina, Farmacia y profesiones derivadas, y los Establecimientos de asistencia y prevención privados”. E, no Capítulo II, ‘De la Policía de la Medicina y Profesiones Derivadas’, art. 13, consta: “Nadie podrá ejercer la profesión de Médico-cirujano, Farmacéutico, Odontólogo y Obstétrico, sin inscribir previamente el título que lo habilite para ello, en las Oficinas del MSP”; e ainda no art. 14:

Corresponde al MSP reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones mencionadas en el Artículo anterior, y de todas las auxiliares de la medicina. También le corresponde reglamentar y vigilar el funcionamiento de la Instituciones Privadas de Asistencia, de las Sociedades Mutualistas y de las Instituciones de carácter científico y gremial cuando se refiere a los profesionales mencionados en este Capítulo.

Somente a partir da criação do Departamento de Habilitación y Control de los Profesionales de la Salud em 2001 no MSP (por meio do Decreto nº. 460/001, de 21 de novembro), o Decreto nº. 360/02, de julho de 2002, contemplou uma melhor organização do

⁵ Os atendentes de Enfermagem, embora também não sejam reconhecidos legalmente como categoria de Enfermagem na Argentina (mais conhecidos por empíricos), representavam em 1994 11,8% (ou 10 mil atendentes) do total da força de trabalho de Enfermagem no país. E, assim, segundo Munoz et al. (1995), têm sido clientela prioritária de projetos de escolarização e profissionalização.

⁶ Titular do certificado de auxiliar de Enfermagem outorgado por instituições nacionais, provinciais, municipais e privadas, reconhecido pelo Ministério da Saúde e Ação Social; ou titular de certificado equivalente outorgado por países estrangeiros que deve ser revalidado (REPÚBLICA DE LA ARGENTINA, 1991)

registro e controle do exercício profissional da área da saúde, tendo em vista a multiplicidade e a diversidade de cursos e profissões já existentes no país. Dessa forma, o Decreto no. 360/02 (“que dispone la inscripción de títulos, certificados o diplomas a efectos de la habilitación y controlar el ejercicio profesional”), em seu art. 1º

dispónese a partir de la fecha que la inscripción de los títulos, certificados o diplomas se deberá realizar a los efectos de habilitación y controlar del ejercicio de las profesiones vinculadas con la salud y los correspondientes técnicos auxiliares.

E, em seu art. 2º consta que:

Se inscribirán los títulos de primer grado y posgrado, terciarios y no terciarios que provengan de Instituciones Docentes, Públicas o Privadas, habilitadas por los organismos competentes, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública, Universidad de la República; cuya infraestructura, cursos y programas hayan sido reconocidos por estos organismos.

Na Enfermagem, são reconhecidos os licenciados (enfermeiros) e os auxiliares de Enfermagem. Seus registros no Departamento de Habilitación y Control de los Profesionales de la Salud são feitos em livros, cabendo em cada página dois carimbos correspondentes a dados de dois profissionais. O projeto do departamento é informatizar esses registros, resolução dependente da División de Servicios de la Salud, à qual o departamento está subordinado. Vale ressaltar que os registros não são efetuados pelos profissionais, e sim encaminhados pelas instituições formadoras, as quais são as legítimas reconhecedoras dos títulos. Dessa forma, para os licenciados em Enfermagem, o encaminhamento de registro é feito pelo Instituto Nacional de Enfermería da Universidad de la República, pela Escuela Católica de Enfermería Antonia Valencia da Universidad Católica e pelo Instituto de Estudios para la Salud e el Desarrollo Florence

Nightingale. Para os auxiliares de Enfermagem, os registros são encaminhados por intermédio da Escuela de Sanidad Dr. Jose Scoseria, que reconhece os títulos de seus egressos e daqueles oriundos de todas as instituições formadoras no país.

O Uruguai ainda não conta com uma lei específica do exercício da Enfermagem, situação de todos os outros profissionais de saúde e também de outras áreas (engenheiros, advogados, economistas etc.), à exceção dos psicólogos. A legislação específica do exercício profissional dos enfermeiros encontra-se em tramitação no Parlamento desde 1991, em substituição ao obsoleto Regulamento de Nurses, de março de 1934. O projeto inicialmente foi elaborado pelo Comité Nacional de Legislación de Enfermería, ou CONADELE (integrado pelos enfermeiros e auxiliares de Enfermagem), posteriormente analisado em diferentes regiões do país, aprovado em um encontro nacional de Enfermagem em 1990 e revisado em 1995 pelo COLEGIO (COLEGIO DE ENFERMERAS DEL URUGUAY, 1995). Esse projeto, no entanto, entrou em conflito com o projeto dos auxiliares de Enfermagem, de tal forma que os parlamentares não distinguiam os licenciados dos auxiliares. Assim, o COLEGIO optou por sua retirada. Encontra-se em tramitação uma lei geral das profissões universitárias de diferentes áreas. Posteriormente a essa aprovação, a intenção é encaminhar ao Parlamento um projeto específico elaborado a partir da proposta que foi retirada. O mesmo encaminhamento está acordado para as profissões de nível universitário.

Antes denominada Asociación de Nurses del Uruguay (criada em 1921), a representação dos enfermeiros no país, a partir de 1992, passou a ser denominada, com aprovação parlamentar, Colegio de Enfermeras del Uruguay. Essa aprovação contou com o auxílio decisivo do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), da Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEPEN) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (VIEIRA, 1998). Com duas sedes

próprias em Montevidéu, o COLEGIO, representante exclusivo dos licenciados, está filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), à Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN), à Fundação Ibero-Americana de Enfermagem do Século XXI, ao Conselho Regional de Enfermagem do Mercosul (CREM) e à Agrupación Universitaria del Uruguay (AUDU). Como forma de intensificar o relacionamento com essas organizações, e mediante o estímulo de Silvina Malvaréz (OPAS/OMS), o COLEGIO inaugurou em outubro de 2004 seu site e um link na Red de Enfermería del Mercosur (RER). Embora seja de aspiração do COLEGIO controlar a aplicação da legislação e do código de ética do enfermeiro em nível nacional (COLEGIO DE ENFERMERAS DEL URUGUAY, 1995), mediante aprovação da lei do exercício profissional, em vigência ainda, essa é uma atribuição do MSP, o qual controla também, de acordo com a Ley Organica, o próprio COLEGIO. Assim, relembrando seu art. 14:

Corresponde al MSP reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones mencionadas en el artículo anterior, y de todas las auxiliares de la medicina. También le corresponde reglamentar y vigilar el funcionamiento de la Instituciones Privadas de Asistencia, de las Sociedades Mutualistas y de las Instituciones de carácter científico y gremial cuando se refiere a los profesionales mencionados en este Capítulo.

No Paraguai, a primeira menção legal ao exercício da Enfermagem e, particularmente, das obstetras no país, data de 1936, por meio do Decreto-Lei nº. 2001, que, em seus arts. 9º (inc. 6.) e 21 (REPUBLICA DEL PARAGUAY, 1936), encarregou o Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MSPyBS) de regular o exercício profissional do médico-cirurgião, do farmacêutico, odontólogo e obstetra, cujos títulos de habilitação outorgados ou reconhecidos pela Universidade Nacional seriam inscritos nesse ministério. Os praticantes de

Medicina, enfermeiros, nurses, massagistas ortopédicos, óticos e outros afins estariam isentos dessa inscrição e suas atividades foram consideradas legais (VIEIRA, 1998).

Somente em 1952 os enfermeiros passaram ao nível superior, com a criação do primeiro curso de Licenciatura em Enfermagem e de Licenciatura em Obstetrícia no país, na Escola de Enfermagem do Instituto Andrés Barbero. Esse instituto foi incorporado à Universidade Nacional de Assunção em 1963, por meio do Decreto nº. 29.107 (REPUBLICA DEL PARAGUAY, 1963), que reconheceu esse instituto como apto à formação universitária de enfermeiras, obstetras e assistentes sociais. Por sua vez, o Decreto nº. 35.094, de 1954 (REPUBLICA DEL PARAGUAY, 1958), estabeleceu como requisitos para exercer a profissão na qualidade de enfermeira as possuidoras de diplomas expedidos pelas escolas de Enfermagem reconhecidas no país que seguissem um conjunto mínimo de exigências de acordo com as recomendações do Conselho International de Enfermeiras; as diplomadas por escolas de Enfermagem estrangeiras com títulos previamente revalidados; as Visitadoras de Higiene Polivalente e as Visitadoras de Higiene Social, com títulos expedidos pelo MSPyBS; e as obstetras da Escuela de Visitadoras de Higiene Polivalente, com títulos expedidos pelo MSPyBS. Ao mesmo tempo, outorgou ao MSPyBS o registro profissional e a regulamentação do próprio decreto.

Desde 1980, a regulação nacional do exercício profissional na área de saúde (inclusive dos técnicos e auxiliares) está enunciada na Lei nº. 836/80 do Código Sanitário. O art. 215 estabelece:

Para el ejercicio de los profesionales en ciencias de la salud se requiere contar con título expedido por las universidades del país o revalidado por la Universidad Nacional de Asunción, el que debe ser inscrito en el registro habilitado por el ministerio.

E segundo o art. 216:

El ministerio reglamentara el ejercicio legal de las profesiones en ciencias le la salud.

Desse modo, o controle do exercício profissional em saúde e, em particular, dos enfermeiros está centralizado no Ministério da Saúde, a cargo da Direção de Controle de Profissões e Estabelecimentos de Saúde, a qual se encontra representada no SGT 11 – Saúde, por intermédio da Subcomissão de Exercício Profissional.

Os requisitos para o registro e a habilitação ao exercício profissional de universitários, técnicos e auxiliares de saúde estão estabelecidos na Resolución SG nº. 384, de 1999 (REPUBLICA DEL PARAGUAY, 1999); e, no caso de profissionais que tenham cursado seus estudos em universidades e instituições superiores de ensino do exterior, na Resolución SG nº. 147, de 2000 (REPUBLICA DEL PARAGUAY, 2000). Para o registro inicial, cuja validade é de cinco anos, ou para sua revalidação, além do diploma universitário não existem requisitos adicionais, como exames. Para os profissionais formados no exterior, toda a documentação e o título exigido devem ser examinados pela Universidade Nacional. Todos os documentos requeridos devem ser legalizados pelo Consulado Nacional no país de origem e traduzidos por um tradutor matriculado na Corte Suprema de Justiça, caso não estejam redigidos em idioma espanhol. Embora não exista impedimento para o exercício profissional da Enfermagem no país, o custo total desse processo apresenta-se como importante ponto de estrangulamento que dificulta a legalização dos diplomas estrangeiros e, assim, o exercício profissional.

Em que pese a outorga ao Ministério da Saúde de atribuição relativa à regulação do exercício profissional do enfermeiro, ainda não existe no Paraguai uma lei de exercício profissional para essa categoria. O exercício dos profissionais que trabalham na área de Enfermagem é regido no setor público pelo Código Sanitário, pela Lei nº. 1626/00 de la Función Pública, pelo Código

Laboral e por resoluções institucionais. No setor privado, o exercício profissional é regido pelo Código Laboral e pelo Código Sanitário.

Reconhecendo que a legislação da profissão representa uma necessidade diante da livre circulação de mão de obra prevista no Mercosul, em agosto de 2000 a Asociación Paraguaya de Enfermería (APE) apresentou à Câmara dos Deputados o “Proyecto de Ley del Ejercicio de Enfermería”. No entanto, em 2004, o projeto com ditame favorável de duas Comisiones Asesoras de Legislación, antes de ser tratado em sessão plenária, foi retirado pela Asociación Paraguaya de Enfermería e novamente remetido à Comisión de Salud, tendo em vista que a Associação discordava de três pontos fundamentais: os anos de serviço para aposentadoria, a carga horária de trabalho e os dias de férias, considerando que os ajustes propostos retrocediam, inclusive em relação aos direitos adquiridos (ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE ENFERMERÍA, 2005a). Desse modo, o Comité de Legislación da APE e sua Mesa Directiva decidiram esperar seu tratamento em plenária, para evitar que fosse sancionada uma lei desfavorável aos enfermeiros. Posteriormente, realizaram-se diversos debates em todo o país para modificar os artigos mencionados, culminando com um novo projeto de lei que se encontra em processo de aprovação parlamentar. De acordo com a Asociación Paraguaya de Enfermería (2005), também foi proposto um projeto de lei para regular o “Colegio de Enfermeras/os del Paraguay”, cujo objetivo era que esse órgão, como real organização corporativa dos enfermeiros no Paraguai, pudesse (ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE ENFERMERÍA, 1994a)

contribuir a la promoción de la salud del usuario, individuo, familia y comunidad, promover el desarrollo de la enfermería y controlar la concesión de licencia para ejercer la profesión, ejercer la vigilancia y jurisdicción disciplinaria en relación con el ejercicio profesional prestando especial atención al logro de

la jerarquización del Colegio de Enfermeras/os del Paraguay – CEP.

Contudo, esse último projeto tornou-se sem efeito, tendo em vista que no Paraguai não se prevê a existência de órgãos com delegação oficial do Estado para o registro e controle do exercício profissional, equivalentes aos conselhos de profissionais existentes no Brasil (ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE ENFERMERÍA, 2005). Segundo a Constituição Nacional Paraguaia, em seu artigo 42 do Capítulo VI da Saúde:

Toda persona es libre de asociarse o agremiarse con fines lícitos, así como nadie está obligado a pertenecer a determinada asociación. La forma de colegiación será reglamentada por Ley (REPÚBLICA DEL PARAGUAY, 1992).

Desse modo, nenhuma pessoa pode ser obrigada a se agremiar, razão pela qual não pode ser aprovada a Ley Marco de Colegiatura e, portanto, não é possível a Associação dispor de uma Lei de Colegiado e existir como entidade reguladora da Enfermagem paraguaia (ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE ENFERMERÍA, 2005). Desse modo, de acordo com o Código Sanitário ainda em vigência, é do MSPyBS a atribuição de regular e controlar o exercício das profissões de saúde no país.

Em vigência, portanto, o Ministério da Saúde reconhece como categorias de Enfermagem os enfermeiros, os técnicos e os auxiliares de Enfermagem. Como enfermeiro (ou licenciado en Enfermagem), o MSPyBS reconhece esse profissional, cujo perfil é similar à definição elaborada pela Asociación Paraguaya de Enfermería (em 1987, e em conjunto com os representantes do Consejo Internacional de Enfermeras e da Organización Mundial de Saúde), que conceituou enfermeira como:

una persona que ha cursado enteramente enseñanza básica de enfermería y está autorizada para ejercer la enfermería en su país. La enseñanza básica de

enfermería es un plan de estudios oficialmente reconocido que proporciona un núcleo amplio y sólido de conocimientos en ciencias de la conducta, biológicas y de la enfermería para la práctica general de esta última, el liderazgo dentro de la misma y enseñanza especializada avanzada o post-básica (ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE ENFERMERÍA, 1994).

A enfermeira está, portanto, qualificada e autorizada para trabalhar na formação da saúde, na prevenção das doenças, no cuidado aos enfermos físicos e mentais, às pessoas impedidas de qualquer idade, em todos os contextos da assistência de saúde e do trabalho comunitário; para ser encarregada de ensinar a assistência de saúde; para participar plenamente como membro da equipe de assistência à saúde; para supervisionar e instruir as auxiliares de Enfermagem e de assistência à saúde; e para participar de pesquisas (ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE ENFERMERÍA, 1994).

Desse modo, a forma de organização de interesses dos enfermeiros no Paraguai está representada pela ‘Asociación Paraguaya de Enfermería’, criada em 1952. A associação, antes sediada em espaço cedido no Instituto Andrés Barbero da Universidade Nacional na década de 1990, hoje conta com sede em Assunção. Tem diversos projetos conjuntos com o MSPyBS, por meio da Dirección de Enfermería do referido ministério, dentre os quais o de ‘Profesionalización de Enfermería’, o ‘Plan Nacional de Desarrollo de Enfermería’, ‘La escolarización de los Auxiliares de Enfermería no Escolarizados’, além do projeto de um ‘Examen Nacional para acreditación, el control y regulación de la profesión’.

Vale dizer que os 35 anos de regime militar não permitiram a associação e/ou sindicalização livre dos funcionários nacionais do setor de saúde, a não ser sob a tutela do Estado. Segundo Arnau e Pierantoni (1995), apesar dos impedimentos legais e da lei do funcionário público (que também coibia as associações corporativas ou sindicais), os profissionais se organizaram nas

instituições de saúde, tornando-se, em alguns casos (particularmente no Hospital das Clínicas da UNA), focos de resistência ao regime de Stroessner, liderando essas associações em alguns momentos a mobilização em oposição ao governo autoritário. Na análise das autoras, após 1989, com o início do período de transição para a democracia, observa-se a tendência ao estabelecimento de associações por instituições (em hospitais públicos), por profissões (médicos, enfermeiros, bioquímicos), e à constituição da Federação dos Profissionais de Saúde. Observam também que, embora atualmente exista liberdade de expressão e de associação, ainda tem sido lenta a retirada dos obstáculos jurídicos à associação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que tange à regulação dos enfermeiros, entendida como registro profissional, legislação específica e controle do exercício profissional, destacamos como quadro geral:

- Baixa regulação nos países, primordialmente no Uruguai e no Paraguai;
- Inexistência da Lei do Exercício Profissional nesses dois países;
- Embora a Enfermagem tenha inserção já histórica no setor da saúde, recentes são suas legislações no Brasil e na Argentina (respectivamente, em 1986 e 1991);
- Com exceção do Brasil ou do Conselho Federal de Enfermagem, as organizações de Enfermagem nos demais países são frágeis, sem autonomia de regulação de seus profissionais;
- Centralização da regulação no Estado (Argentina, Uruguai e Paraguai);

- Baixo controle do exercício profissional, em face da forte centralização no Estado e mesmo no Brasil, diante do quantitativo de RH;
- Precário sistema de informação sobre registro de RH, exceto no Brasil, no qual os sistemas dos Conselhos Regionais e Federal estão informatizados e integrados.

Além desse panorama da regulação profissional, o futuro da Enfermagem no Mercosul depende primordialmente de políticas de Recursos Humanos para reverter a ainda predominante pequena parcela de participação dos enfermeiros – profissional mais qualificado – na composição da força de trabalho de Enfermagem. Mesmo que ao longo dos anos se tenha verificado o crescimento quantitativo e qualitativo dos enfermeiros nos países-membros, por meio do aumento de sua participação na equipe de Enfermagem e da melhor qualificação dessa equipe, o modelo de assistência de Enfermagem, pautado no trabalho dos auxiliares e técnicos, precisa ser repensado e demanda critérios, políticas e estratégias para se obter uma assistência mais qualificada nas instituições de saúde, tanto em unidades hospitalares quanto, principalmente, em serviços de saúde coletiva.

Se de um lado a oferta de ensino tem aumentado nos países, ainda não reverteu a composição da força de trabalho de Enfermagem. Algumas questões como os custos da formação (dado que a oferta da formação está primordialmente centrada nas instituições particulares), os modelos para composição da equipe de Enfermagem (que aceitam a maior participação dos técnicos e auxiliares) e as precárias condições de trabalho (baixos salários, falta de planos de cargos e carreiras para promoção profissional) têm contribuído para desmotivar a formação graduada em Enfermagem no Mercosul. Na realidade, o que se verifica é a tendência de maior flexibilização do emprego da força de trabalho em saúde especialmente nas instituições públicas, caminho contrário de inter-

venção política positiva em direção à maior qualificação da assistência de Enfermagem.

Assim, políticas governamentais e das organizações de Enfermagem dirigidas a melhores condições de trabalho, acrescidas do direcionamento para o melhor desenvolvimento científico e educacional formam, a nosso ver, agenda prioritária para os enfermeiros no Mercosul. Políticas necessárias inclusive para deter um processo já em andamento, que se revela por meio dos fortes sinais de emigração dos enfermeiros em direção a países do primeiro mundo, em busca de melhores condições de vida e trabalho, cujo processo já constitui importante perda social e econômica para os países do Mercosul.

Especialmente em relação aos modelos vigentes de composição da força de trabalho em Enfermagem, atualmente ele não se justifica se pensarmos na qualidade da assistência, ou seja, na capacidade de os enfermeiros intervirem com mais impacto na qualidade da assistência de Enfermagem. Do ponto de vista da sociologia das profissões, a Enfermagem com grande divisão de trabalho entre seus componentes concorre internamente no mercado de trabalho, mas essa concorrência espelha um patamar menos elevado de qualificação profissional. Sob o nosso ponto de vista, esforços deveriam ser direcionados para que os auxiliares e técnicos se voltem à formação graduada, obtendo-se, ao mesmo tempo, maior qualidade da prestação dos serviços de Enfermagem e real ‘profissionalização’ da carreira. Constitui, portanto, outro passo mais avançado, daqueles já percorridos em relação à formação dos empíricos e daqueles em vigência, principalmente no Brasil, de extinção futura dos auxiliares de Enfermagem.

Para tanto e mesmo para o atual modelo vigente de composição da equipe de Enfermagem, os países demandam mecanismos mais eficientes de informação – ou de informatização – dos recursos humanos e de regulação profissional, tanto governamentais quanto das organizações de Enfermagem, os quais se têm demonstrado de baixa resolução política e operacional, primordialmente

advindos das sociedades corporativas para as quais é necessário envidar esforços conjuntos em prol de sua maior participação nas decisões dos países, das políticas de seus recursos humanos.

Paralelamente, o desenvolvimento científico também se torna relevante, considerando o caminho de ‘profissionalização’ da Enfermagem no Mercosul. O princípio da solidariedade entre os países poderia permitir o avanço na formação pós-graduada dos enfermeiros, ao contrário da visão de mercado já deslumbrado por instituições de ensino particulares, por meio da ‘venda’ de pacotes de pós-graduação, principalmente do Brasil para o Uruguai e o Paraguai.

No que diz respeito à mobilidade profissional no Mercosul, a nosso ver, enquanto se perseguir a harmonização de conteúdos curriculares, a imobilidade vai persistir. Diante de tanta diversidade nas organizações curriculares, parece-nos que o caminho viável seria o trilhado pela União Europeia, ou seja, acordar diretrizes a serem observadas quanto à formação em relação a conteúdos essenciais, cargas horárias mínimas totais, teóricas e práticas.

Assim, de forma extensa, constitui-se a agenda para a Enfermagem no Mercosul, que, para seu desenvolvimento, parece demandar o princípio da solidariedade entre os países em prol de seu desenvolvimento profissional no continente latino-americano.

R E F E RÊNCIAS

ABRAMZÓN, Monica. Recursos humanos en salud en Argentina, *Publicación* n. 53, OPS, 2001.

_____. Recursos humanos en salud en Argentina, *Publicación, Representación OPS en Argentina*, n. 62, 2005.

ARNAU, A ; PIERANTONI, C. R. Paraguai: situação da formação e mercado de trabalho na área de saúde. In: *Recursos humanos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Organização Pan Americana de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ASOCIACIÓN PARAGUAYA DE ENFERMERÍA. *Situación de enfermería en Paraguay*. Comité Mercosul. Asunción: APE, 1994.

_____. *Proyecto de ley que regula el Colegio de Enfermeras del Paraguay*. Asunción: APE, 1994a.

_____. *Informe APE*. Asunción: APE, 2005.

_____. *Situación de enfermería en Paraguay*. Comité Mercosul. Asunción: APE, 2005a.

COLEGIO DE ENFERMERAS DEL URUGUAY. *Proyecto de Ley Nacional de Enfermería*. CEDU. Montevidéu, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Documentos básicos do COFEN*. Rio de Janeiro: COFEN, v. 11, 1990.

BRASIL. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 26 jun. 1986, Seção 1, fls 9.273 a 9.275.

URUGUAY. Ley organica ministerio de salud publica. *Ley n. 9202*, publicada en el Diario Oficial el 12 jan. 1934.

URUGUAY. Ley organica de la Universidad de la República. marco legal de la universidad. *Ley n. 2.549, publicada en el Diario Oficial el 29 de Octubre de 1958*, Uruguay. Disponible em: <http://www.rau.edu.uy/universidad/legyorg.htm> Acesso em: 19 ago. 2005.

MALVÁREZ, S.; CASTRILLÓN, M. C. A. Overview of the Nursing Workforce in Latin America. *The Global Nursing Review Initiative*, OPS, Issue 6, 2005.

MUÑOZ, S. E. et al. Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995. Análisis de Situación y Líneas de Trabajo, OPS, *Publicación* n. 42, 1995.

ARGENTINA. *Ley n. 24.004 de 23 de octubre de 1001*. Buenos Aires, 1991.

PARAGUAY. Decreto Ley n. 2001. Ley Orgánica de Salud Pública. Asunción, 15 de Junio de 1936.

_____. *Decreto n. 35.094. Requisitos para el ejercicio de la profesion de enfermería*. Asunción, 25 de julio de 1958.

_____. *Decreto n. 29.107*. Autoriza al Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social a realizar gestiones y firmar convenio para incorporar a la Universidad Nacional de Asunción al Instituto de Enseñanza Dr. Andrés Barbero. Asunción, 29 de mayo de 1963.

_____. *Código sanitario nacional*. Asunción, 1980.

_____. *Constitución Nacional*. Asunción, 1992.

_____. *Resolución SG nº. 384*. Asunción, 1999.

_____. *MSPyBS. Resolución S.G. nº. 147*. Modifica la Resolución S.G. nº. 233/95, que actualiza el reglamento para el ejercicio y habilitación de profesionales com titulos expedidos en el extranjero. Asunción, 20 de mayo de 2000.

VIEIRA, A. L. S. *Os enfermeiros nos países do Mercosul: estudo comparado da (i)mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde*. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 1998.

_____. VIEIRA, A. L. S. et al. *Os enfermeiros no Mercosul: recursos humanos, regulação e formação profissional comparada*. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. CD Rom. ENSP/FIOCRUZ, 2006.

A Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil

The feminization in the Health Job Market in Brazil

Mônica Wermelinger¹

Maria Helena Machado²

Maria de Fátima Lobato Tavares³

Eliane dos Santos de Oliveira⁴

Neuza Maria Nogueira Moyses⁵

Wagner Ferraz⁶

¹ Bióloga; professora pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ; pesquisadora associada do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). monicaw@fiocruz.br

² Socióloga; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); coordenadora da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ; diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS. machado@ensp.fiocruz.br

³ Médica; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). florabato@ensp.fiocruz.br

⁴ Nutricionista; pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

oliveira@ensp.fiocruz.br

⁵ Socióloga; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). moyses@ensp.fiocruz.br

⁶ Pedagogo; Assessor Técnico do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES).

wagner.ferraz@sauder.gov.br

RESUMO Este artigo revisita o processo de construção do trabalho feminino. Pretende contribuir para a análise da composição da força de trabalho em saúde quanto ao aspecto gênero, com foco na profissional de saúde, e iniciar um trabalho de verificação, que não se pretende completo, mas um primeiro passo no sentido de desvendar o universo desse imenso contingente de trabalhadoras: em que regiões estão concentradas, qual sua jornada de trabalho, se ocupam postos de trabalho em saúde em zonas rurais e urbanas, indistintamente, entre outras questões. A conclusão reafirma a necessidade de se realizarem mais estudos, pois a efetiva participação da mulher nesse mercado de trabalho ainda é obscura.

PALAVRAS-CHAVE: Recursos humanos em saúde, feminização, divisão sexual do trabalho.

ABSTRACT This article goes through the historical process of female work construction. It intends to contribute for the analysis of the composition of Brazilian Health Workforce concerning the gender aspect focused on the woman as a health professional, initiating a hard work of verification, which is not intended to be complete, but a first step in the direction to unmask the universe of this huge contingent of workers: in which regions they are concentrated, their working hours, whether they fill vacancies in agricultural or urban zones, indistinctly, among other questions. It concludes reaffirming the need of more studies as the woman's effective participation in the health work market is still obscure.

KEYWORDS: Health human resources, feminization, sexual division of labor.

I N T R O D U Ç Ã O

O trabalho feminino ainda é pouco conhecido, apesar dos inúmeros estudos realizados nessa área. É como se não fosse possível registrar a memória ou a capitalização do conhecimento do trabalho feminino, embora, como destaca Gardey (2003), “as mulheres sempre trabalharam”. Segundo Aguiar (1984), parte da invisibilidade do trabalho feminino é causada pela carência de técnicas, métodos e, até, de referenciais mais sensíveis a essa problemática que permitam mensurar, de forma adequada, esse exército ‘quase invisível’ de trabalhadoras.

Essa situação, contudo, vem sofrendo mudanças, dado que o registro da atividade das mulheres progrediu com as mutações estruturais da sociedade e a afirmação do assalariamento.

Na verdade, é possível considerar três tempos na historiografia contemporânea do trabalho das mulheres: o primeiro seria aquele em que o trabalho da mulher predominaria; o segundo, aquele em que a visibilidade da mulher assalariada (operária e funcionária) seria o elemento mais marcante; e o terceiro, ancorado na primeira parte do século XX, aquele em que a questão do acesso das mulheres às novas profissões seria claramente formulada.

Torna-se fundamental estabelecer o fio que liga as assalariadas do fim do século XIX às de hoje. O fim do século XIX caracteriza-se pelo acesso das mulheres a novos cursos e novos empregos. Entre as duas guerras, havia controvérsias sobre a questão do acesso das mulheres às carreiras superiores, embora existisse um clima bem mais favorável a uma ‘carreira feminina’. Fora do grupo mais conhecido, que era o das professoras do

ensino secundário, começaram a aparecer as seguintes profissões: advocacia, medicina, engenharia e docência universitária, e sua inserção nos respectivos meios profissionais sempre foi conflituosa.

Nos ‘trabalhos das mulheres’, as atividades e/ou os ofícios mais considerados são: costura, assistência às crianças e à saúde (enfermeiras, parteiras), manutenção da casa, entre outras. As atividades ligadas aos diversos trabalhos de agulha que marcam as horas da maior parte da jornada das mulheres do século XIX evidenciam o caráter tênue das fronteiras entre atividade doméstica e atividade produtiva.

O radicalismo das transformações instauradas com a Revolução Industrial, em particular em relação ao destino das mulheres, cria a condição de trabalhadora em oposição ao trabalho das mulheres, tido como natural a elas. É também o tempo em que os discursos médicos sobre a educação das crianças coincidem com o discurso das elites sobre a ‘mulher do lar’, instaurando essas duas categorias identitárias fortemente concomitantes e contraditórias: a trabalhadora e o ‘anjo do lar’.

Nas últimas décadas, verificou-se um aumento significativo e contínuo da presença das mulheres na força de trabalho e, consequentemente, no contingente de trabalhadores disponíveis para o mercado de trabalho. Nos países da Europa, o incremento da população economicamente ativa nos últimos trinta anos deveu-se basicamente ao aumento da taxa de participação feminina. No período de 1965-1991, o número de mulheres na força de trabalho aumentou de 39,6 para 53,2 milhões, enquanto o de homens diminuiu de 83 para 81,8 milhões. Na América Latina, entre 1960 e 1990, o quantitativo de mulheres economicamente ativas mais que triplicou, passando de 18 milhões para 57 milhões. Em termos de participação no mercado de trabalho, o

aumento foi da ordem de 18% para 27%, enquanto a masculina diminuiu de 77,5% para 70,3%.

No Brasil, dados censitários mostram crescimento da força de trabalho, com o aumento da taxa bruta de participação feminina de 13,6%, em 1950, para 26,9%, em 1980, atingindo 47,2% no final da década de 1990. Contudo, essa entrada maciça de mulheres no mercado de trabalho não tem representado, necessariamente, uma redução significativa das desigualdades profissionais entre os gêneros. A maior parte dos empregos femininos continua concentrada em alguns setores de atividades e agrupada em um pequeno número de profissões, os quais formam “guetos” de trabalho. Ressaltam-se os serviços domésticos, administrativos, na área social, na educação e na saúde, em geral. No setor de saúde, a participação feminina chega a quase 70% do total, com 62% da força de trabalho das categorias profissionais de nível superior, chegando a 74% nos estratos profissionais de níveis médio e elementar. A categoria profissional mais feminizada é a dos nutricionistas, em que as mulheres correspondem a 95% dos profissionais. Contudo, é prudente registrar que profissões tradicionalmente masculinas, como medicina, odontologia e medicina veterinária estão cada vez mais femininas, com taxas crescentemente mais elevadas de participação feminina.

Esta pesquisa pretendeu analisar a composição da força de trabalho em saúde no Brasil quanto ao aspecto gênero, desdobrando dados já existentes, com o foco na mulher profissional de saúde, e iniciou um árduo trabalho de verificação que não se pretende completo, mas um primeiro passo no sentido de desvendar o universo desse imenso contingente de trabalhadoras: em quais regiões estão concentradas, qual a jornada de trabalho a que estão submetidas, se ocupam postos de trabalho em saúde em zonas rurais e urbanas, indistintamente, entre outras questões.

A PARTICIPAÇÃO DA MULHER NO MERCADO DE TRABALHO

O crescimento da participação das mulheres no mercado produtivo tem sido verificado em todo o mundo e em todas as esferas de atividade econômica, o que mostra um avanço feminino considerável no mundo do trabalho. Desde o primeiro recenseamento brasileiro, realizado no século passado (1872), muitas mudanças ocorreram no que se refere à participação da mulher no mercado de trabalho; no entanto, ainda persistem desigualdades, e não são poucas. Surpreendentemente, em 1872, as mulheres representavam 45,5% da força de trabalho efetiva no Brasil (SAFFIOTTI, 1979). “Entretanto, para nossa tristeza”, escreve Machado,

este contingente feminino era constituído de escravas. A inserção da mulher no mercado de trabalho, após a Abolição da Escravatura, alterou-se ao longo das décadas. Mais especificamente, em 1940, o contingente feminino somava 19% do total; em 1950, 14%; em 1960, 13%; em 1970, cresceu para 20% e, em 1980, atingiu 38,4% (MACHADO, 1987:53). Contudo, segundo dados da década de 1980, em um total de 7.564.681 mulheres economicamente ativas, 51% ganhavam até um salário mínimo, enquanto apenas 7% ganhavam entre 10 e 20 salários mínimos (MACHADO, 1987).

Para Médici (1987:78-79),

uma das mais rápidas transformações na conjuntura do mercado de trabalho dos últimos vinte anos diz respeito ao aumento da participação da mulher. Entre 1976 e 1985, a taxa de atividade feminina passa de 28,7% para 36,9%. Neste período, o contingente de mulheres economicamente ativas cresceu a uma taxa geométrica anual de 5,6%, enquanto o contingente masculino cresceu, apenas, 2,9%.

Ainda segundo Machado (1993), a mulher, ao ocupar postos de trabalho, acaba por assumir postos e cargos

que apresentam menores resistências funcionais, ou seja, aquelas consideradas tipicamente ‘funções femininas’. Para SAFFIOTTI (1976), tais escolhas se dão em esferas consideradas femininas, ‘próprias de seu sexo’, que, em sua maioria, são funções e cargos que oferecem menores perspectivas profissionais. Assim analisa MACHADO:

[...] as mulheres cumprem tarefas que não são nem qualificadas nem criativas e que podem ser consideradas como uma extensão do papel ‘expressivo’ desempenhado na família. Elas são, em sua maior parte, camareiras, criadas, empregadas domésticas, secretárias, professoras, trabalhadoras de saúde (enfermeiras, nutricionistas, psicólogas, assistentes sociais, parteiras), para citar algumas atividades consideradas socialmente ‘próprias do sexo frágil’ (MACHADO, 1993, p. 278).

Abreu, Jorge e Sorj (1994) verificam que a concentração ocupacional se mantém na década de 1980, ou seja, quase 50% das mulheres consideradas ativas (PEA) estão em atividades mal remuneradas, sem proteção trabalhista ou previdenciária, muitas vezes realizadas no próprio domicílio ou na rua, em jornadas parciais. Segundo Bruschini (1994), a parcela de mulheres no setor informal é muito grande, sendo que 26% delas trabalham na própria casa.

Mais recentemente, Guimarães (2001) reafirma a alocação das mulheres preferencialmente em certas “atividades femininas”, tais como serviços pessoais, administração pública, saúde e ensino privado, evidenciando a tendência da consolidação da feminização de certas atividades, como saúde e serviços comunitários, entre outros. Outro aspecto da mesma questão é a incursão feminina em redutos de homens, como nos serviços de reparação e nos serviços industriais de utilidade pública, nos quais passou de 14% para 21% de 1985 a 1995, ou ainda nos serviços auxiliares, em que dobrou a participação feminina (BRUSCHINI; HOLLANDA, 1998).

Bruschini também enfatiza que, nesse mesmo período, no âmbito das ocupações e grupos ocupacionais,

ocorreu aumento da participação feminina em todos os grupos, com a novidade do fluxo de mulheres a posições de chefia e como empresárias. Algumas mudanças no cenário socioeconômico e micro-organizacional da atividade produtiva do Brasil depois de 1990, como, por exemplo, abertura da economia, estabilização monetária, mudanças no papel produtivo e regulatório do Estado, reestruturação organizacional nas empresas e cadeias produtivas, entre outras, conferiram uma faceta específica tanto à intensidade com que essas novidades passaram a se exprimir no Brasil quanto à maneira como passaram a operar, combinando-se com as antigas desigualdades que distinguiam as oportunidades entre grupos sociais de sexo. Nos setores saúde e educação da administração pública, por exemplo, oito em cada dez trabalhadores são mulheres.

A redução do emprego no Brasil na primeira metade dos anos 90 levou a uma situação contraditória: migração dos trabalhadores masculinos para setores antes predominantemente femininos, principalmente com respeito aos serviços públicos de saúde e de educação, o que vem aumentando a mixidez nesses setores, enquanto está produzindo redução da mixidez em setores/ocupações tradicionalmente masculinos.

Essa diminuição de oportunidades ocupacionais, que permanece crescente, tem afetado as tendências da desocupação entre homens e mulheres. Há aceleração da desocupação no setor de serviços, justamente aquele que, por tradição, sempre foi mais permeável ao trabalho de mulheres e que, na conjuntura de ajuste e reestruturação dos 90, tornou-se o grande produtor de postos de trabalho. Também tem havido aumento recente do desemprego feminino, o que pode estar relacionado a três fenômenos:

1. a dinâmica de inserção das mulheres no mercado de trabalho é diferente daquela dos homens, isso porque ainda há um contingente expressivo de mulheres (entre 25 a 65 anos) fora da população economicamente ativa.

Assim, nessa faixa etária, enquanto apenas metade das mulheres trabalha ou procura trabalho nas áreas metropolitanas brasileiras, entre os homens essa proporção é de 85%, porém, ainda assim, a participação feminina vem aumentando na população economicamente ativa, enquanto a masculina vem diminuindo;

2. maior sazonalidade do desemprego das mulheres em comparação com o dos homens, principalmente porque elas estão mais sujeitas aos postos de trabalho temporários, precários e menos estáveis que os homens;

3. a heterogeneidade da condição social diferencia as mulheres, fazendo com que os riscos do desemprego estejam entre aquelas menos escolarizadas. Há evidências de que o grupo de mulheres mais preservado face ao desemprego nos anos 90 foi aquele constituído por mulheres com nível superior.

Sobre a questão salarial, Bruschini (1994) analisa que, na década de 1980, houve algum ganho salarial por parte das mulheres, diminuindo o percentual nas faixas mais baixas e aumentando o daquelas que ganham entre dois e cinco salários mínimos. A Região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de mulheres que declararam receber entre dois a cinco salários mínimos, enquanto na região Nordeste o valor cai para meio salário mínimo. O fato mais grave é que as trabalhadoras não conseguem superar a desigualdade salarial com a aquisição de experiência no trabalho. Além disso, efetivamente, ocorre crescimento nas faixas de escolaridade, dado que um nível mínimo de titulação é obrigatório. Ao contrário do esperado, as desigualdades persistem e até se intensificam com o tempo de serviço.

Dados do Ministério do Trabalho revelam que, em 1988, entre os empregados com até seis anos de trabalho no mesmo emprego, as médias salariais eram de 2,9 salários mínimos para os homens e 2,2 salários mínimos para as mulheres; o mais grave é que, a partir de dez anos ou mais no mesmo emprego, as desigualdades se acentuam: enquanto os homens chegam a atingir a média de 10,9 salários mínimos, as mulheres não passam

de 7 salários mínimos (BRUSCHINI, 1994). Sobre essa questão, Abreu, Jorge e Sorj (1994) apontam para o fato de que uma mulher que tem de oito a 11 anos de estudo alcança rendimento igual ao de um homem que possui de um a três anos de estudo. Oliveira (2003) mostra que os índices escolares no período de 1981-1999 indicam que a segregação ocupacional por sexo no Brasil não declinou. Embora as curvas de grupos agregados de ocupações apresentem uma tendência de declínio nos anos 80, revertam-se nos anos 90, revelando tendências ascendentes. A crescente proporção de mulheres na força de trabalho concentra-se nas ocupações com predominância feminina, como, por exemplo, serviços domésticos, área social, serviços administrativos em geral, área de educação e saúde.

A adoção de políticas neoliberais faz crescer a concorrência e aumenta, portanto, a necessidade de diminuir todos os tipos de custos. Como é sabido, as mulheres são as mais solicitadas quando se trata de reduzir custos para o aumento da complexidade e da rentabilidade na produção. Nesse contexto, surgem a partir de 1994 novas ocupações associadas à tecnologia que permitem o trabalho fora da empresa, a distância, como, por exemplo, o telemarketing, que é um trabalho predominantemente realizado por mulheres (cerca de 88,8%, segundo a RAIS/MTb, 1997).

Outro ponto relevante da discussão se refere à necessidade imperiosa que a mulher tem de conciliar suas atividades da vida pública com as da vida privada:

[...] essa dupla jornada de trabalho afeta com mais intensidade as mulheres do Terceiro Mundo, onde as condições de trabalho e de vida visivelmente piores se somam à quase total ausência de políticas públicas e de infraestrutura social adequadas à vida da mulher trabalhadora. Adicionalmente, os baixos salários da maior parte da população impedem também que a mulher obtenha serviços privados desse tipo (MACHADO, 1993, p. 278).

O referido autor prossegue em sua análise: “A saída da mulher da vida privada para ingressar na vida pública não foi acompanhada de sua liberação das atividades próprias da vida privada. Ao contrário, persiste a tradicional divisão sexual do trabalho: as atividades relacionadas com a alimentação da família, o cuidado com os filhos e a limpeza da casa continuam sendo desempenhados, quase exclusivamente, pela mulher” (1993, p. 278).

No atual contexto de mudança no perfil da população economicamente ativa, com maior participação feminina, algumas condições permanecem inalteradas: reduzida distribuição do poder, desigualdades salariais e assimetria da divisão do trabalho doméstico e do trabalho assalariado entre os sexos. Em sociologia, para explicar essa questão, surgem duas problemáticas correntes: a da complementaridade entre os sexos e a das relações sociais antagônicas, hierárquicas, entre homens e mulheres (HIRATA, 2000).

A teoria da complementaridade entre os sexos aponta para uma conciliação entre os papéis, principalmente conciliação entre vida familiar e profissional, embora os estudos de Tripier (1997) ainda destaquem que essa conciliação é praticada apenas pela mulher. Esse enfoque de complementaridade é coerente com a ideia de divisão entre tipos de emprego, postos de trabalho e funções que permitam a reprodução dos papéis sexuais. Hirata (2000) critica essa teoria, afirmando que, na realidade, ela oculta uma discriminação de tipo social que se constrói sobre bases biológicas, mostrando que aquilo que existe é uma hierarquia uniorientada.

A segunda problemática, alternativa à da complementaridade, é a da divisão sexual do trabalho como uma relação antagônica, assimétrica, em que há hierarquia de poderes e a dimensão opressão/dominação é central. Hirata (2000) também questiona essa corrente, enfati-

zando que a assimetria não é uma construção natural, biológica, e sim uma construção social.

Essa construção social do trabalho qualificado tem por base os processos de diferenciação entre os tipos de tarefas e entre os trabalhadores que as executam. Esses processos de diferenciação é que criam as identidades profissionais, e estas são, ao mesmo tempo, identidades sexuadas. Dessa forma, enquanto algumas categorias ficam ‘contaminadas’ por essa tendência estritamente feminina, as mulheres que buscam inserção no mercado de trabalho também ficam ‘contaminadas’ por ela, sendo vistas como aptas, exclusivamente, a certas funções.

Segundo Daune-Richard (2003), mesmo enquanto a tecnicidade continua sendo mais relacionada à natureza do trabalho masculino e qualificado, isto é, socialmente valorizado, os serviços, consagrados ao relacional (as práticas educativas de saúde aí se incluem), são excluídos de uma representação em termos de tecnicidade e são considerados pertencentes a um universo de trabalho em que são requeridas qualidades inerentes à natureza feminina. Os serviços mobilizam, além das competências técnicas, competências pessoais complexas e difíceis de mensurar, pois envolvem capacidades de contato, de comunicação e de diplomacia consideradas adquiridas mais pela experiência e pela socialização do que em formações estruturadas. Com isso, ficam mascaradas as competências mobilizadas.

Ainda quando a tecnicidade de um ofício aumenta, ela é desqualificada pelo sexo feminino de quem a executa. Um exemplo disso é a profissão de enfermeira, que exige cada vez mais domínio de novas tecnologias, tanto no âmbito estritamente médico (material de diagnóstico e de tratamento, unidades de terapia intensiva) quanto no âmbito da gestão administrativa e de estoques, mas nem por isso é associada à representação de um ofício técnico.

De fato, a representação vinculada à profissão de enfermeira é principalmente associada às tarefas de tratamento, mas em seu aspecto menos técnico e mais humano, que remete tanto ao tratamento quanto ao cuidado dispensado ao outro. Daí a dificuldade enfrentada por essa categoria para seu reconhecimento como profissionais e, com isso, investir o relacional como qualificação técnica.

Em relação à análise do parágrafo anterior, Mehry (2002) destaca que as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde somente atendem satisfatoriamente às necessidades dos usuários quando se amplia o conceito do que é “tecnologia”¹ para atribuir valores simbólicos de maior significância ao cuidado com os sujeitos. Em continuação, Mehry (2002) enfatiza que é conveniente aprofundar análises sobre esses processos, a fim de que sejam introduzidas e/ou reforçadas as tecnologias “leves” e “leve-duras” nas práticas em saúde desses espaços, num esforço capaz de associar representações relacionais ao saber técnico-profissional.

Na análise de Kergoat (1996), em contraposição às teorias da complementaridade e à das relações sociais antagônicas, que, como vimos, enfrentam duras críticas, podemos defender uma “teoria da diferença”. Com ela, podemos afirmar que a distância da almejada igualdade entre os sexos é muito maior do que se supunha, visto ser uma questão associada à “adesão a valores intrinsecamente sexuados, portanto, a-históricos (identidade feminina)” (KERGOAT, 1996, p. 26).

Para essa autora, portanto, a questão está muito mais associada à universalidade das relações sociais do que à divisão sexual. Para reforçar sua tese, cita SIMONE de BEAUVOIR (1972, apud KERGOAT, 1996, p. 26):

Eu não acredito que existam qualidades, valores, modos de vida especificamente femininos: seria admitir a existência de uma natureza feminina, quer dizer, aderir a um mito inventado pelos homens para prender as mulheres em sua condição de oprimidas. Não se trata para as mulheres de se afirmar como mulheres, mas de tornarem-se seres humanos em sua integralidade.

FEMINIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE

O setor de saúde, em todo o mundo, tem forte vocação feminina, ainda que nos países mais ricos essa vocação tenha uma expressão mais forte. Em estudo realizado na década de 1990, Machado analisa que,

[...] enquanto nos Estados Unidos da América e no Canadá se encontram taxas de participação feminina relativamente elevadas (43,3% e 42,8%, respectivamente), países como Brasil (33,5%), Argentina (26,9%), Chile (26,2%), Costa Rica (26,1%) e México (19,8%) exibem taxas que, ainda que subestimadas nas estatísticas oficiais, são significativamente inferiores (1993, p. 279).

Além disso, o estudo revela que boa parte dessas mulheres está atuando em áreas periféricas da economia, desprovidas de amparo trabalhista, sem direito a férias remuneradas, licença ou direito à aposentadoria.

A participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde vem sendo estudada há algumas décadas, mostrando sua importância não só para se compreender a expansão da participação feminina no mundo do trabalho, como, e principalmente, para melhor se entenderem as especificidades do setor de saúde, responsável por um

¹ Como tecnologias duras: equipamentos, máquinas, normas, estruturas organizacionais; como leve-duras: os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, isto é, a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; e como leves: as relações intercessoras entre profissional-paciente em que se configuram, por exemplo, práticas de acolhimento, vínculo, autonomização e gestão como uma forma de governar processos de trabalho (MEHRY, 2002).

contingente expressivo de postos de trabalho ocupados por mulheres.

Ao analisar os dados censitários do Brasil relativo à força de trabalho em saúde, observa-se um fenômeno interessante: a feminização. O contingente feminino tem-se tornado francamente majoritário nesse ramo da economia, especificamente no período pós-70, quando essa participação passa a ser mais expressiva e progressivamente maior. Em 1970, ela representava 20% do conjunto da força de trabalho em saúde de nível superior, passando para 39% em 1980. Destacam-se, aí, as categorias médica e odontológica, que acusaram, naquele período, crescimento de 302% e 344%, respectivamente (MACHADO, 1987, p. 55). Segundo Pizurki *et al.* (1988), na década de 1970 as mulheres eram aproximadamente 95% dos enfermeiros, 39% dos médicos, 33% dos farmacêuticos, 15% dos dentistas e 6% dos veterinários de todo o mundo.

Dados do IBGE (2000) mostram a enorme expressão feminina na força de trabalho em saúde, com ênfase naqueles profissionais de níveis técnico e auxiliar. Vejamos os dados: do total de 709.267 pessoas ocupadas no setor com escolaridade universitária (empregos), 61,75% são mulheres, e, entre os médicos, elas representam 35,94%; entre os dentistas, 50,93%; entre os enfermeiros, 90,39%; e entre os nutricionistas, 95,31%. (Tabela 2). Por outro lado, entre os profissionais de níveis técnico e auxiliar, que somam mais de 900 mil empregos, a feminização é ainda mais acentuada, alcançando 73,7% do total, com 77,88% dos técnicos em fisioterapia e afins, 78,03% dos atendentes de enfermagem, parteiras e afins, e 86,93% dos técnicos e auxiliares de enfermagem são do sexo feminino (Tabela 3).

Esse fenômeno é influenciado por múltiplas variáveis. Segundo Lavinas (2001), em seu estudo sobre empregabilidade no Brasil, a participação feminina no mercado de trabalho tem aumentado de forma linear e alheia às flutuações da economia. A autora classifica nove grupos profissionais, sendo que no grupo 6 estaria a força

de trabalho do judiciário, do ensino e da saúde. Nesse grupo, destacam-se algumas razões da feminização, isto é, das condições da expansão do nível de ocupação mais favoráveis às mulheres do que aos homens:

1. maior nível de escolaridade associado ao patamar de remuneração ainda inferior;
2. certo tipo de atributo pessoal credenciado pela dimensão de gênero que hoje é fortemente demandado pela ‘nova economia’.

A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL

Na análise de dez profissões de saúde de nível superior, os médicos são os que apresentam maior contingente no país, seguidos pelos cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, psicólogos e psicanalistas, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, veterinários e, com o menor número de profissionais, a categoria dos biólogos. Nos dados apresentados, ainda não há informações sobre a educação física, cuja regulamentação ocorreu em setembro de 1998, através da Lei nº. 9.696/98, embora desde o ano anterior (1997) houvesse reconhecimento como profissão da área da saúde (Resolução nº. 218/CNS/1997). Entretanto, o status profissional foi garantido apenas em 2002, com sua inserção na Classificação Brasileira de Ocupações.

A força de trabalho em saúde (FTS) apresenta-se polarizada em 69% do total, entre os profissionais médicos (12% da FTS) e aqueles de nível médio e elementar (57% da FTS), entre os de hierarquia mais alta e mais baixa na equipe de saúde, entre os que detêm o saber de mais complexidade e de menos complexidade, o que confirma uma tendência, já destacada por Nogueira (1986), quando aponta que 65% da FTS estavam polarizados nessas mesmas categorias.

TABELA 1: Conformação da Força de Trabalho em Saúde no Brasil

Categorias Profissionais	Total (v. abs)	Nº de Profissionais por 100.000 hab.
Médicos	198.152	117
Cirurgiões-dentistas	153.413	90
Biólogos e afins	13.922	8
Farmacêuticos	45.533	27
Enfermeiros e afins	54.070	32
Fisioterapeutas e afins	51.323	30
Nutricionistas	26.741	16
Psicólogos e Psicanalistas	62.077	37
Assistentes sociais	83.030	49
Veterinários	21.006	12
FTS de nível médio e elementar	930.347	548
Total geral	1.639.614	966

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000. População residente: 169.799.170 milhões de hab (IBGE).

TABELA 2: Conformação da FTS no Brasil – Análise de Gênero

Categorias Profissionais	Total (v. abs)	Homens	Mulheres
Médicos	198.152	126.932	71.220
Cirurgiões-dentistas	153.413	75.285	78.128
Biólogos e afins	13.922	4.697	9.225
Farmacêuticos	45.533	16.595	28.938
Enfermeiros e afins	54.070	5.198	48.872
Fisioterapeutas e afins	51.323	7.509	43.814
Nutricionistas	26.741	1.253	25.488
Psicólogos e Psicanalistas	62.077	6.307	55.770
Assistentes sociais	83.030	13.726	69.304
Veterinários	21.006	13.810	7.196
FTS de nível médio e elementar	930.347	244.681	685.666
Total geral	1.639.614	515.993	1.123.621

FONTE: IBGE, CENSO DEMOGRÁFICO, 2000. POPULAÇÃO RESIDENTE: 169.799.170 MILHÕES DE HAB.

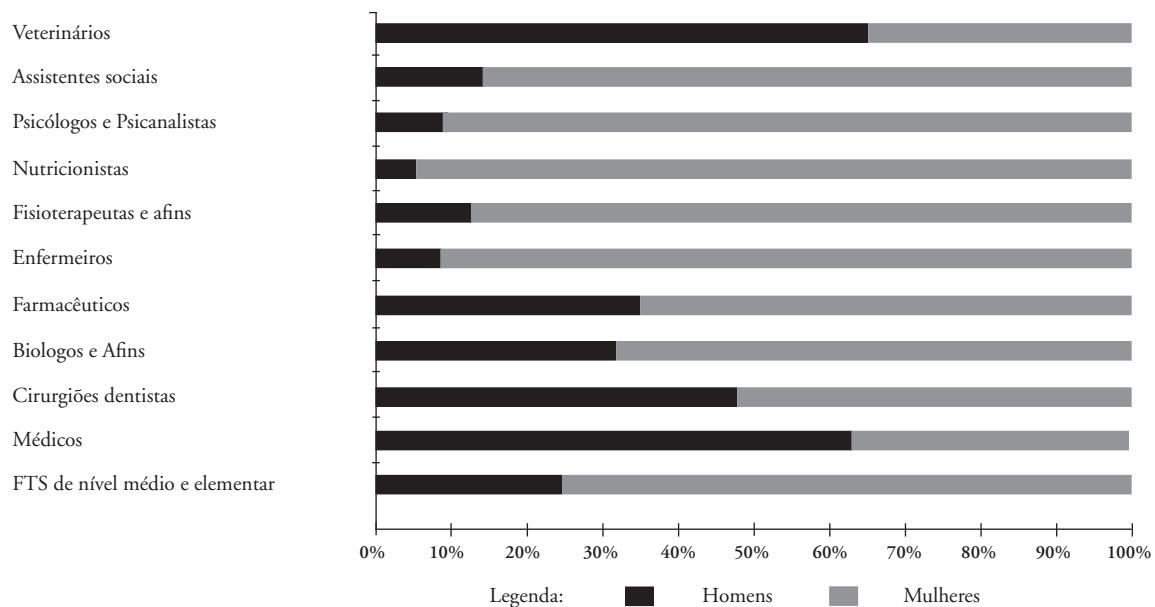
Segundo Nogueira (1985), entre 1970 e 1980, ocorre feminização acentuada da FTS, cujos índices, que eram de 47%, passaram a 58,1%. Em nosso estudo, a análise dos dados evidencia que há predomínio de profissionais do sexo feminino em torno de 69% (Gráfico 1).

Na maioria das profissões estudadas, há predomínio de profissionais do sexo feminino, com exceção das categorias dos médicos veterinários, em que os homens correspondem a 66% do total; dos médicos, com 64% de homens, e dos cirurgiões-dentistas, com 49% de homens. No outro extremo, a profissão mais feminizada

é a dos nutricionistas – em que 95% dos profissionais são mulheres –, seguida pela dos enfermeiros e psicólogos/psicanalistas, categorias em que 90% da FTS são mulheres (Gráfico 2).

O processo de feminização da FTS pode ser visualizado mesmo nas profissões historicamente masculinas e que continuam a sê-lo. Nessas profissões, notadamente entre médicos, cirurgiões-dentistas e veterinários, é possível perceber aumento da participação feminina nas faixas etárias mais jovens. Na categoria médica, enquanto as mulheres representam 36% do total, são 48% da faixa

GRÁFICO 2: Profissionais de Saúde no Brasil – distribuição por gênero



etária abaixo de 29 anos. Dentre os cirurgiões-dentistas, elas representam 51% do total e 64% dessa faixa etária

GRÁFICO 1: Profissionais de Saúde no Brasil – por gênero

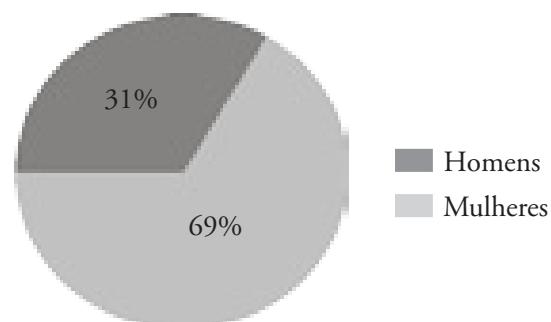
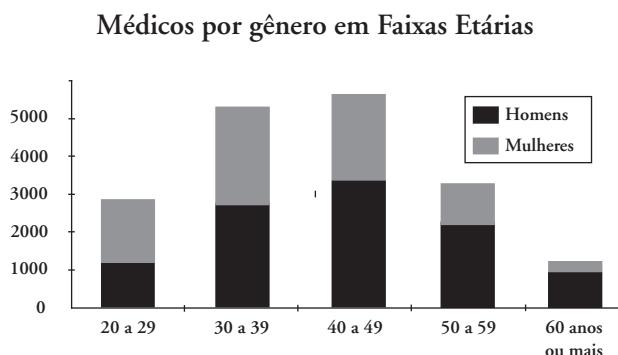
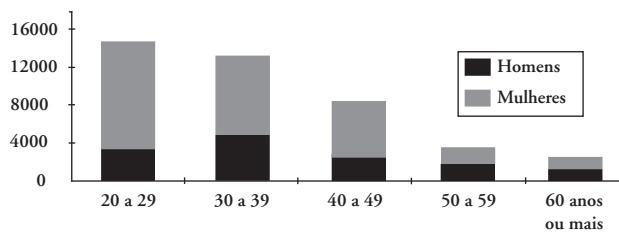


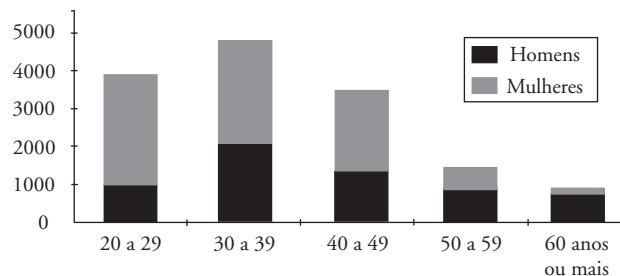
GRÁFICO 3: Profissionais de saúde no Brasil – distribuição por gênero em faixas etárias



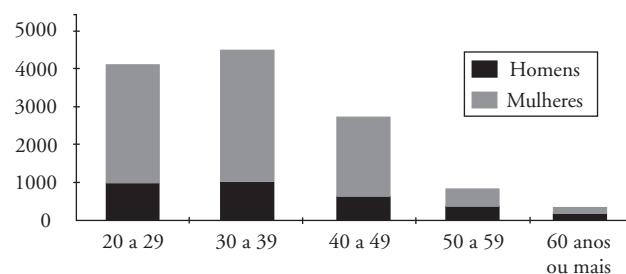
Enfermeiros por gênero em Faixas Etárias



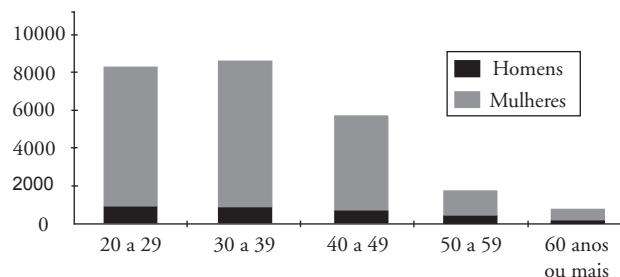
Cirurgiões Dentistas por gênero em Faixas Etárias



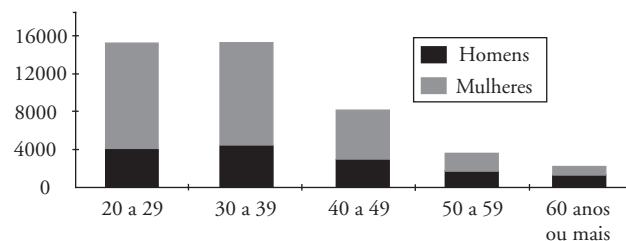
Biólogos por gênero em Faixas Etárias



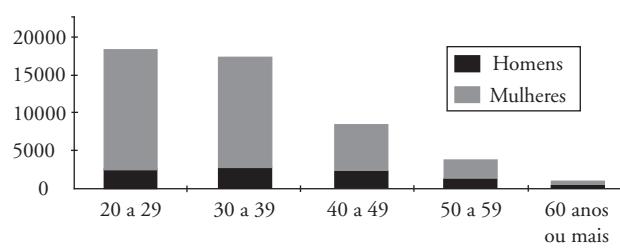
Nutricionistas por gênero em Faixas Etárias



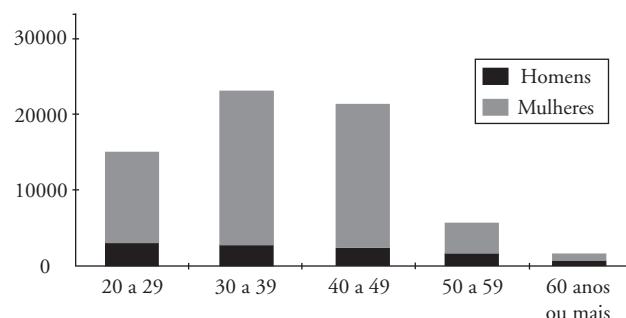
Farmacêuticos por gênero em Faixas Etárias



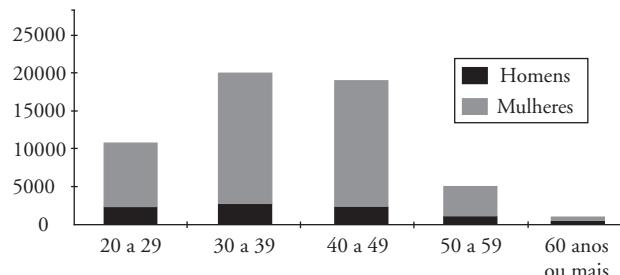
Fisioterapeutas por gênero em Faixas Etárias



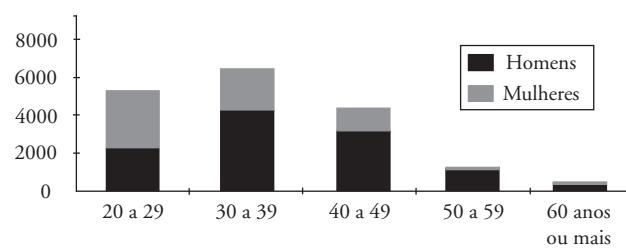
Assistentes Sociais por gênero em Faixas Etárias



Psicólogos por gênero em Faixas Etárias



Veterinários por gênero em Faixas Etárias



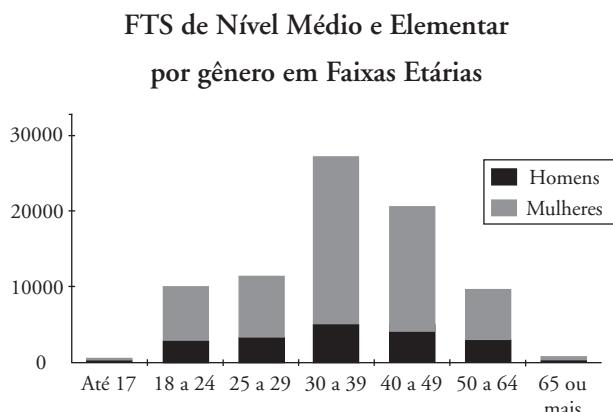
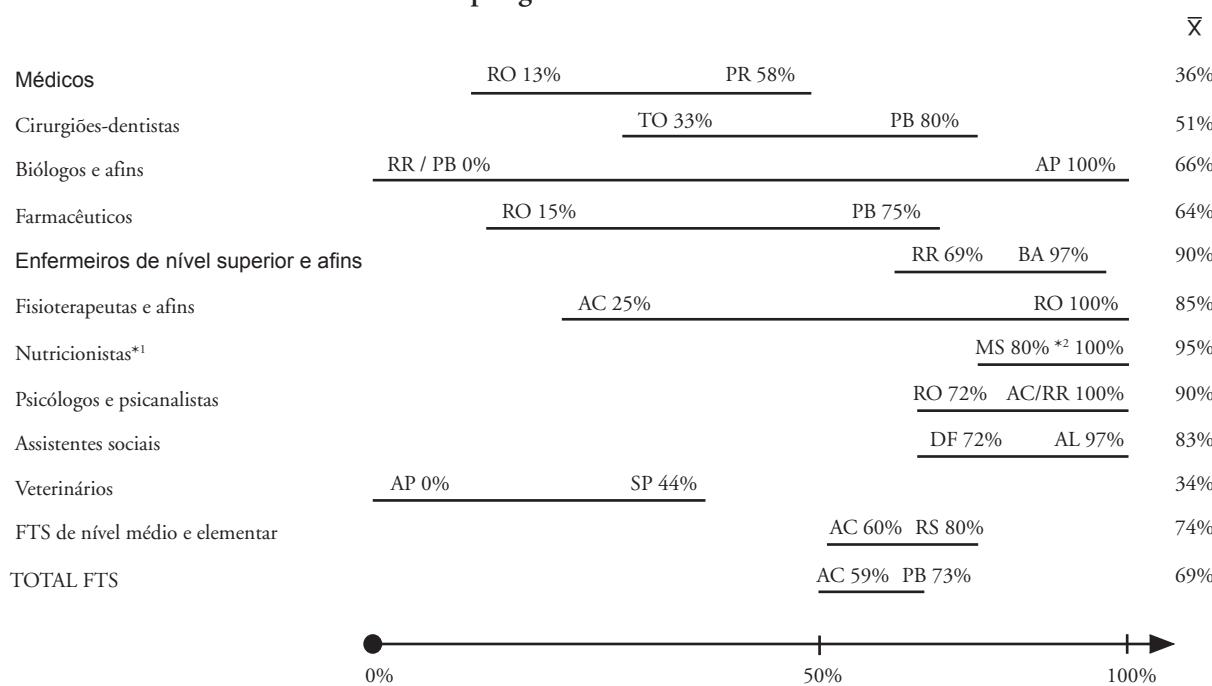


FIGURA 1: Profissionais de Saúde no Brasil - por gênero



*¹ No Estado de Roraima, não foram contabilizados nutricionistas, em ambos os sexos.

*² AC/ TO / MA / AL / SE.

A participação feminina na FTS varia de 59%, no estado do Acre, a 73% na Paraíba. Há categorias profissionais que se apresentam fortemente feminizadas em todos os estados, como é o caso, por exemplo, dos nutricionistas. Nessa categoria, a menor participação feminina na força de trabalho foi registrada no estado do Mato Grosso do Sul, correspondendo a 80% dos profissionais. Além disso, em cinco estados da federação – AC, TO, MA, AL e SE –, 100% dos nutricionistas

são mulheres. Por outro lado, uma única categoria profissional apresenta-se notadamente masculina em todos os estados: os veterinários. Nessa categoria, a maior participação feminina registrada foi de 44% em São Paulo (Figura 1).

Na FTS de níveis médio e elementar, há evidente predomínio dos profissionais da área de enfermagem (64,6%). Os técnicos e auxiliares de enfermagem correspondem a 45% do total dos profissionais de níveis

médio e elementar e os atendentes de enfermagem, parteiras e afins correspondem a 19,6% do total. Chama também a atenção o total de agentes de saúde e do meio ambiente, 17,6% do total, colocando-se como uma segunda força nesse contingente (Tabela 3).

Apesar das exigências legais de escolaridade para o preenchimento de vagas na área da saúde, que se refletem no significativo percentual de 62% da FTS de nível médio e elementar com 11 ou mais anos de escolaridade,

TABELA 3: Distribuição dos profissionais de saúde de nível médio por gênero – Brasil, 2000

Categorias Profissionais	Total (v. abs)	Homens	Mulheres
Técnicos em laboratório Industrial	8.004	5.628	2.376
Técnicos em biologia, Bio Engenharia e afins	292	96	196
Técnicos em fisioterapia e afins	20.458	4.526	15.932
Técnicos e auxiliares de enfermagem	422.588	55.222	367.366
Técnicos de odontologia	37.033	26.995	10.038
Op. de equipamentos médicos e odontológicos	22.284	12.945	9.339
Técnicos de laboratório de análises clínicas	36.084	12.679	23.405
Técnicos em farmácia	5.782	2.772	3.010
Agentes de saúde e do meio ambiente	163.692	75.027	88.665
Atendentes de enfermagem, parteiras e afins	182.474	40.082	142.392
Auxiliares de laboratório da saúde	31.656	8.709	22.947
Total geral	930.347	244.681	685.666

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000. População residente: 169.799.170 milhões de hab.

ainda há profissionais com pouca ou nenhuma escolaridade. Os sem-instrução chegam a 10% dos técnicos em biologia, bioengenharia e afins, e a 1% dos técnicos em laboratório industrial, dos agentes de saúde e do meio ambiente e dos atendentes de enfermagem, parteiras e afins. Se considerarmos uma escolaridade igual ou inferior a sete anos, o que corresponde ao ensino fundamental incompleto, 15% da FTS de nível médio e elementar encontram-se nessa faixa (Gráfico 4).

COMPLEMENTO DO GRÁFICO 4: Legenda

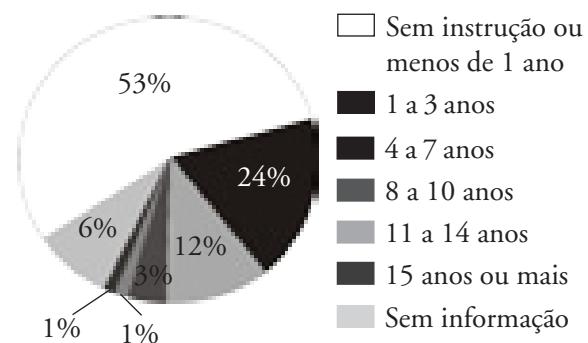
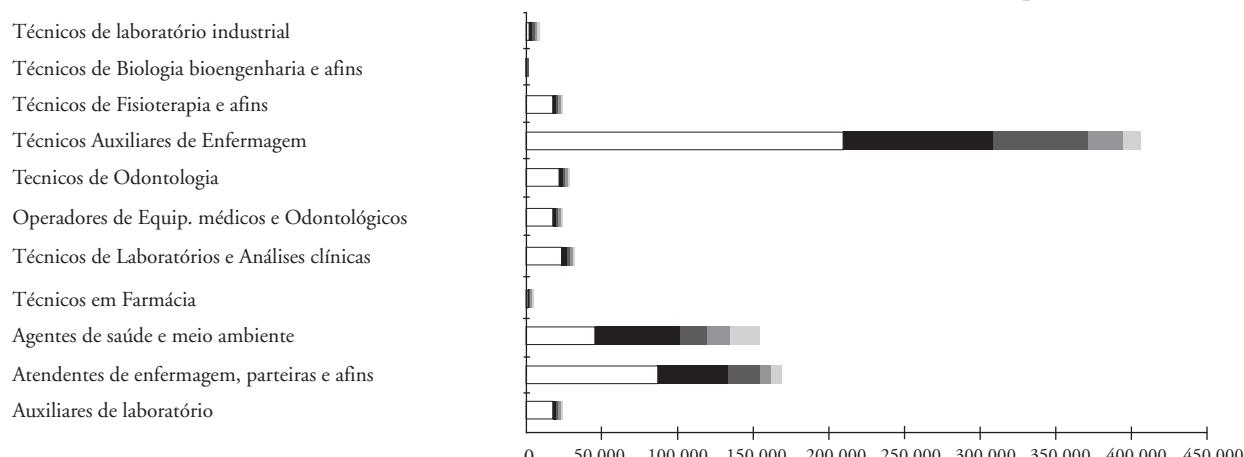
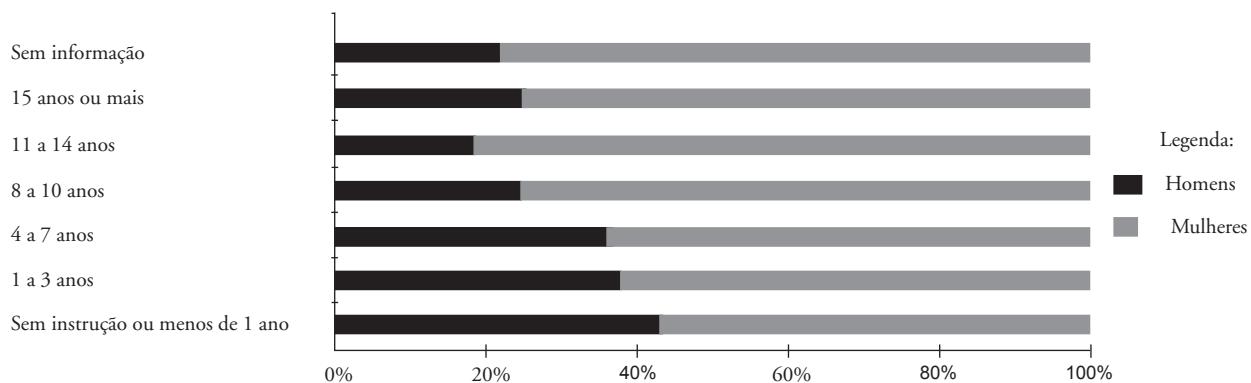


GRÁFICO 4: Conformação da FTS de nível médio e elementar no Brasil – Análise do tempo de escolaridade



Por outro lado, algumas categorias profissionais da FTS de níveis médio e elementar apresentam um percentual significativo de indivíduos com 15 anos de escolaridade ou mais. São elas: técnicos em farmácia (20%), técnicos em fisioterapia e afins (19%), técnicos em biologia, bioengenharia e afins (18%), técnicos de laboratório de análises clínicas (16%) e técnicos de laboratório industrial (12%) (Gráfico 5).

GRÁFICO 5: FTS de nível médio e elementar no Brasil - Tempo de escolaridade – Análise de gênero

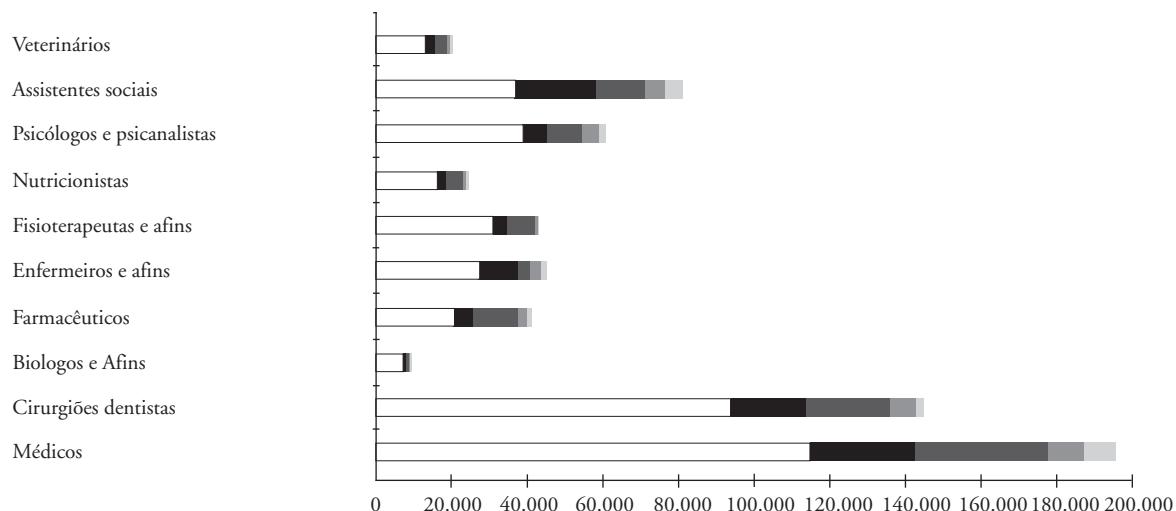


A participação masculina na FTS de níveis médio e elementar cresce quando analisamos grupos com menor escolaridade. Entre os indivíduos com 15 ou mais anos de escolaridade, os homens representam 27%, enquanto, entre os sem-instrução ou com menos de um ano de escolaridade, a força de trabalho masculina representa

43% do total. Do total de homens que compõem a FTS de nível médio e elementar, 21% têm sete anos ou menos de escolaridade, ou seja, não concluíram o ensino fundamental; já entre as mulheres, apenas 13% têm até sete anos de escolaridade (Gráfico 5).

Em relação à distribuição da FTS nas grandes regiões brasileiras, observa-se que o Sudeste concentra 57% do total da FTS de nível superior. Todas as categorias

GRÁFICO 6: DISTRIBUIÇÃO DA FTS NAS GRANDES REGIÕES BRASILEIRAS – PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR



estudadas têm o maior contingente de profissionais nessa região e apenas entre os farmacêuticos (48%) e os assistentes sociais (47%) a Região Sudeste não detém mais da metade da força de trabalho da categoria profissional no país (Gráfico 6).

Se considerarmos os profissionais que compõem a FTS de níveis médio e elementar, apesar de o maior contingente também estar concentrado na Região Sudeste, o padrão de distribuição desses profissionais no país não é semelhante ao que ocorre entre as categorias de nível superior. Há um crescimento percentual significativo da participação da Região Nordeste, que fica com 24%

COMPLEMENTO DO GRÁFICO 6: LEGENDA

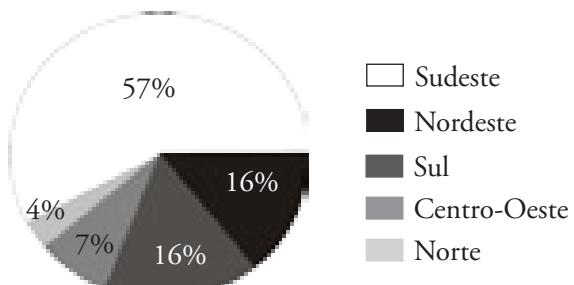
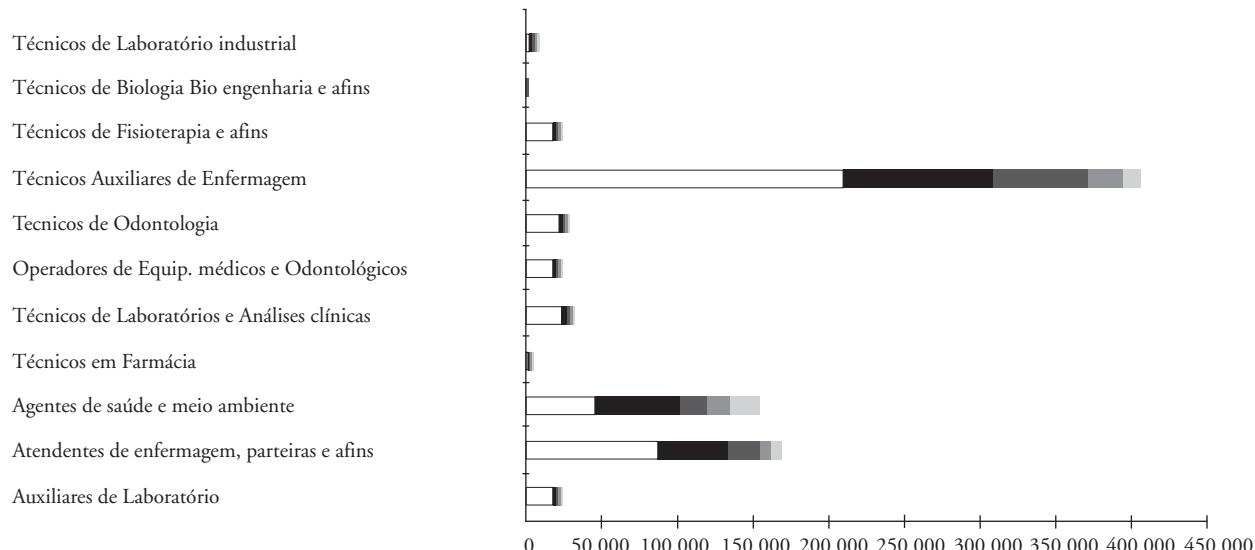


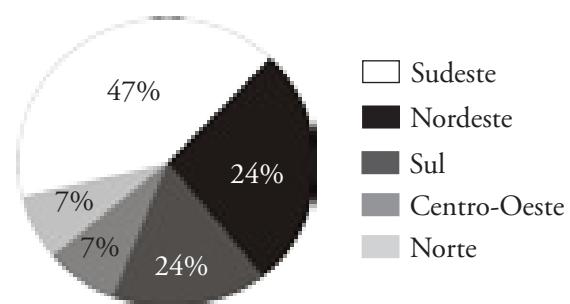
GRÁFICO 7: DISTRIBUIÇÃO da FTS nas grandes regiões brasileiras – PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO E ELEMENTAR



dos profissionais de níveis médio e elementar, enquanto detém apenas 16% dos de nível superior. O maior contingente de agentes de saúde e meio ambiente (38%) encontra-se na Região Nordeste e, nas outras categorias, o contingente concentrado no Sudeste aproxima-se da metade do total (Gráfico 7).

A FTS no Brasil é eminentemente feminina e urbana (66% do total). As exceções são as categorias profissionais dos médicos, em que a FT masculina e urbana representa 63% do total, e a dos veterinários, em que 62% são homens de áreas urbanas. Quanto às áreas rurais, apenas 4% da FTS estão nesses locais, e o

COMPLEMENTO DO GRÁFICO 7: Legenda



maior contingente de profissionais é o da FTS de níveis médio e elementar, que corresponde a 85% do total da FTS nessas áreas (Tabela 4).

TABELA 4: Distribuição dos profissionais de saúde por condição de domicílio e gênero – Brasil, 2000

Categorias Profissionais	Urbana		Rural	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Médicos	125825	70.794	1.109	424
Cirurgiões-dentistas	74.654	77.517	633	609
Biólogos e afins	4.522	9.151	176	73
Farmacêuticos	16.204	28.515	400	414
Enfermeiros e afins	5.056	48.114	141	759
Fisioterapeutas e afins	7.399	43.444	107	373
Nutricionistas	1.253	25.238	43	246
Psicólogos e Psicanalistas	6.266	55.303	34	474
Assistentes sociais	12.883	67.282	845	2.020
Veterinários	12.975	6.960	837	234
FTS de nível médio e elementar	228.254	644.253	16.427	41.413
Total geral	495.237	1.076.585	20.757	47.039

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000. População residente: 169.799.170 milhões de hab.

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

Os dados apresentados neste estudo, embora nos permitam visualizar a efetiva participação da mulher no mercado de trabalho em saúde, ainda são, sob muitos aspectos, obscuros. Existem inúmeras questões relacionadas à análise de gênero, que são apontadas por estudos relativos ao mercado de trabalho em geral, mas que não encontram análises correspondentes no setor de saúde.

Esta pesquisa destaca a importância da continuidade da investigação sobre a força de trabalho feminina no Brasil e também estudos comparativos com outros países, considerando-se as singularidades dos sistemas próprios e a relevância de conhecer a dinâmica das ações de saúde implementadas em relação à natureza particular do trabalho feminino na saúde.

Algumas questões se colocam para reflexões críticas que orientem a condução de novos estudos:

A questão da escolaridade influencia na feminização tanto nas profissões de nível superior quanto nas de nível

médio? Em quais e em que escala? Ou, esse dado reflete, apenas, o enorme “exército de reserva” que ainda existe na população feminina entre 25 e 65 anos?

É possível evidenciar uma relação com a remuneração mais baixa comparando-se mulheres e homens nos mesmos níveis de ocupação, mesmos níveis de escolaridade, em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde?

A precarização vem ocorrendo nos mesmos índices para homens e mulheres?

E, em relação aos cargos de chefia e/ou supervisão, também está ocorrendo a feminização da FTS?

Há diferenças significativas em relação à continuação da formação em nível de pós-graduação (*lato* e *stricto sensu*) entre homens e mulheres da FTS?

O que dizem os grupos que pesquisam as questões da situação de trabalho em saúde sobre a própria saúde do trabalhador da saúde? Por exemplo, níveis de estresse, situações de incômodo e de fadiga...

R E F E RÊNCIAS

ABREU, A.; JORGE, A.; SORJ, D. Desigualdade de gênero e raça: o informal do Brasil em 1990. *Revista de Estudos Feministas*, Rio de Janeiro: CIEC/UFRJ, número especial, 1994, p. 153-178.

AGUIAR, N. (org.). *Mulheres na força de trabalho na América Latina: análises qualitativas*. Petrópolis: Vozes, 1984.

BRUSCHINI, C. Trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes. *Revista de Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: CIEC/UFRJ, número especial, 1994, p. 179-199.

_____ BRUSCHINI, C.; HOLLANDA, H. B. (orgs.). *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. Rio de Janeiro, Fundação Carlos Chagas : Editora 34, 1998.

DAUNE-RICHARD, A. Qualificações e representações sociais. In: HIRATA e MARUANI (orgs.). *As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Ed. SENAC, 2003, p. 37-53.

GARDEY, D. Perspectivas históricas. In: HIRATA e MARUANI (orgs.). *As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Ed. SENAC, 2003.

GUIMARÃES, N. A. Laboriosas mas redundantes: gênero e mobilidade no trabalho no Brasil dos 90. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9, n. 1. 2001.

HIRATA, H. Globalização, trabalho e gênero. In: JERUSALINSKY, A. et al. *O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M. J. et al. (orgs.). *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LAVINAS, L. Empregabilidade no Brasil: Inflexões de gênero e diferenciais femininos. 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 4 maio 2006.

MACHADO, M. H. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, 1986.

MÉDICI, A. C. (org.). Textos de apoio – *Planejamento I: Recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987.

_____. La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Américas. Hegemonía Femenina? In: GÓMEZ GÓMEZ, E. (org.). *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington: OPAS, 1993.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002, 189p.

OLIVEIRA, A. M. H. C. A segregação ocupacional por gênero e seus efeitos sobre os salários no Brasil. In: WANJMAN, S.; MACHADO, A. F. (orgs.). *Mercado de trabalho – Uma análise a partir das pesquisas domiciliares no Brasil*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2003.

PIZURKI, H.; MEJÍA, A.; BUTTER, I. e EWART, L. (orgs.). *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988.

SAFFIOTTI, H. I. B. A mulher na sociedade de classes: mito e realidade. Petrópolis: Vozes, 1976.

_____. O fardo das brasileiras. *Escrita-ensaio*, ano III, n. 5, 1979.

TRIPIER, P. Sociologie du travail. In: DURAND, J. P.; WEIL, R. (orgs.). *Sociologie contemporaine*. 2 ed. [S.l.]: Vigot, 1997, p. 438-468.

Mercado de Trabalho dos Odontólogos no Brasil

Labour Market for Dentists in Brazil

Andréa Lanzillotti Cardoso¹

Ana Luiza Stiebler Vieira²

Maria Helena Machado³

¹ Doutoranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); professora substituta da Faculdade de Odontologia da UERJ.
andrea.cardoso@ensp.fiocruz.br

² Enfermeira; pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); pesquisadora da Estação ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ.
stiebler@ensp.fiocruz.br

³ Socióloga; pesquisadora titular do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); coordenadora da Estação de Trabalho ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ; diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS.
machado@ensp.fiocruz.br

RESUMO *A partir das transformações no mundo do trabalho no setor de saúde, este artigo investiga a inserção dos odontólogos nesse cenário, por meio de dados sobre oferta e demanda. Os resultados revelaram grande crescimento, concentração geográfica e privatização da formação desses profissionais, assim como mudanças substanciais relativas à sua inclusão no mercado de trabalho em saúde, antagônicas ao paradigma liberal da profissão. Acredita-se que o produto desta investigação, além de subsidiar organizações profissionais, contribua para a formulação de políticas de recursos humanos voltadas ao Sistema Único de Saúde, no âmbito da gestão do trabalho e da formação na área de saúde.*

PALAVRAS-CHAVE: *Odontólogos, mercado de trabalho, recursos humanos em saúde.*

ABSTRACT *Taking into consideration the changes in the health-labor market, this article investigates the introduction of dentists in this scenario through data about offering and demand. The results showed high growth, geographic concentration, and privatization of the formation of these professionals as well as many substantial changes related to the introduction in the health-labor market, contrary to the liberal paradigm of the profession. The product of these investigations is believed to be a contribution to the formulation of human resources policies for the Unified Health System, in the ambit of labor management and formation in the health sector as well as to give subsidies to professional organizations.*

KEYWORDS: *Dentists, labour market, human resources in the health area.*

INTRODUÇÃO

O mercado de trabalho de saúde, assim como o mercado de trabalho em geral, tem apresentado, desde a década de 1990, um panorama de flexibilização das formas de inserção dos trabalhadores no país. Na esfera pública, as políticas de saúde têm também orientado a demanda por profissionais e, em especial, pelos odontólogos e sob as mais variadas formas de vinculação ao mercado setorial. Esses fatores, entre outros, como as transformações nas abordagens técnicas; o avanço da tecnologia; a transição epidemiológica das doenças bucais; as aspirações da clientela; e, primordialmente, as condições socioeconômicas da população, obviamente, têm afetado a inserção dos odontólogos no mercado de trabalho.

Com a crise econômica, ocorrida principalmente nos anos 80, com a perda do poder aquisitivo da classe média – porção determinante da clientela de consultório –, passou-se a observar os cálculos de relação custo/benefício na incorporação de novas tecnologias em odontologia (ZANETTI, 2000). Anteriormente, as novas tecnologias eram incorporadas sem que houvesse tanta preocupação com seus custos.

No mercado de trabalho, pelo lado da oferta, desde a década de 1990 assiste-se ao incremento do sistema de ensino no país. Entre 1991 e 2007, foram criados 108 cursos de odontologia, ou seja, houve um crescimento de aproximadamente 132%, ou de 82 cursos em 1991 para 190 cursos em 2007, sendo que, hoje, 70% são proporcionados por instituições privadas e 52% são oferecidos na Região Sudeste (INEP, 2009). De acordo com Vieira; Amâncio (2006), a iniciativa privada tem formado o dobro de egressos em relação às instituições

públicas e está havendo concentração geográfica desse ensino na região Sudeste.

Pelo lado da demanda, atualmente tem-se percebido, no mercado de trabalho dos odontólogos, uma forte terceirização que vem mediando a relação cliente-profissional. As operadoras de saúde entram no mercado com a intenção de obter lucros maiores, e, por isso, oferecem uma cartela de clientes e pagam valores menores por procedimentos realizados. Por sua vez, os odontólogos veem nessa nova modalidade de trabalho a possibilidade de movimentação dos consultórios por meio das indicações indiretas (MENDES, 2005).

Ao mesmo tempo, em virtude dos altos custos dos serviços odontológicos, poucos são os clientes que têm a possibilidade de efetuar pagamento direto por procedimentos na área, o que leva a maioria a comprar planos de saúde odontológicos. Adiciona-se a isso o caminho tomado pela universalização do sistema de saúde brasileiro, em que as tentativas de expansão acabam por impulsionar mecanismos de racionamento, os quais expulsam segmentos das classes sociais com poder reivindicatório e priorizam a atenção aos setores mais carentes (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

No processo de terceirização, além do surgimento das operadoras de saúde, é possível observar a presença de cooperativas no mercado de trabalho odontológico; a sublocação de consultórios e clínicas odontológicas – que oferecem todas as especialidades; clínicas populares; bem como o surgimento de profissionais-administradores gerenciando colegas assalariados. Também se observa um novo olhar dos odontólogos em relação ao serviço público. A corporação tem acompanhado as políticas públicas de saúde bucal e, com isso, o serviço público, antes menosprezado, vem adquirindo relevância junto a esses profissionais, perfilando, agora, um novo e atraente mercado. Todo esse quadro se caracteriza como contraditório à visão da profissão como essencialmente liberal.

Nesse panorama, algumas questões se impõem para o conhecimento do atual mercado de trabalho dos odontólogos. Ou seja, tanto do ponto de vista da oferta quanto da demanda, quais são as mudanças que podem ser observadas? É sobre tal questão que este estudo é centrado. Assim, além de melhor conhecer esse mercado de trabalho, pretendemos subsidiar as organizações profissionais e contribuir para a formulação de políticas de recursos humanos voltadas ao Sistema Único de Saúde, no âmbito da gestão do trabalho e da formação na área da saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa, de cunho descritivo, constitui-se numa revisão bibliográfica em produções científicas relacionadas ao tema e em coleta de dados de mercado de trabalho dos odontólogos. Os dados utilizados sobre oferta foram os do Ministério da Educação/INEP e, sobre demanda, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Seguindo as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), presentes na Resolução do CNS nº. 196/96 e no Capítulo IV da Resolução nº. 251/97, o projeto de pesquisa passou por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, tendo sido aprovado sem ressalvas, sob o número 136/2005, em 15 de fevereiro de 2006.

MERCADO DE TRABALHO BRASILEIRO DOS ODONTÓLOGOS

A Odontologia curativa viveu seu apogeu dos anos 60 até o início dos anos 80. Atrelados ao milagre eco-

nômico, os serviços de odontologia encareceram com a busca crescente. O profissional fazia parte de uma elite e, portanto, a carreira se fazia almejada. Expandiram-se os cursos de graduação, pois a Odontologia passou a ganhar mercado, tornando-se mais competitiva e conquistando a preferência de um número significativo de candidatos ao ingresso nesse curso. A década de 1990 inaugurou, então, um novo momento para a profissão, instalando um quadro de plethora profissional nas regiões Sul e Sudeste (ZANETTI, 1993). Até hoje, essas duas regiões reúnem o maior número de profissionais no mercado, seja pela maior oferta de instituições de ensino, seja pela alta concentração de renda de suas populações.

A Odontologia chega ao século XXI preocupada com a manutenção dos elementos dentários e a ideia de que a saúde oral está diretamente envolvida com o bem-estar e a qualidade de vida, tanto dos indivíduos quanto da população (CARDOSO, 2003). Mediante tantas mudanças na concepção de saúde, a formação acadêmica em Odontologia não poderia mais estar voltada a um modelo hegemônico, antes predominante na assistência à saúde. A transição epidemiológica também impõe a necessidade de revisão dos conteúdos e da orientação da formação, até então enfatizados para o tratamento da cárie e de suas complicações (FEUERWERKER, 2003).

O último levantamento epidemiológico realizado no Brasil, o SBBRasil 2003, traçou um dos mais amplos diagnósticos do perfil de saúde bucal dos brasileiros e deflagrou que a prevalência de cárie, mensurada a partir da média de dentes cariados, perdidos e obturados em crianças de 12 anos, baixou aproximadamente de 6,0 (em 1996) para 2,8 (em 2003), atingindo a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2000. Esse fato foi atribuído, em grande parte, às crianças das regiões Sul e Sudeste, e essa foi a única meta alcançada dentre cinco relacionadas à prevalência de cárie dentária. Assiste-se, então, a uma polarização da cárie, reafirmada

não só pelo acesso à água fluoretada, mas também pelo acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com Travassos *et al.* (2005), a maior proporção de indivíduos que nunca foram ao dentista se encontra na faixa salarial mais baixa – e essa proporção decresce à medida que vai aumentando a renda familiar. A autora ressalta que muitas pessoas foram ao dentista em casos de urgência, e não necessariamente para uma assistência completa. Essas observações apontam para uma realidade nociva para o país que concentra o maior número de odontólogos por habitante, como ressaltam Pelissari *et al.* (2005). Esses autores acreditam que os profissionais da área estão sendo graduados com falta de adequação do currículo e nem sempre estão prontos para o diagnóstico e o plano de tratamento adequado à realidade socioeconômica e cultural da comunidade. Acrescentam a necessidade de se buscar, por meio de políticas públicas, a universalização do acesso da população aos serviços odontológicos.

Paradoxalmente, chegamos ao ano de 2009 com uma proporção de 1,1 odontólogo por dez mil habitantes, ou seja, o número de odontólogos registrados no Conselho Federal de Odontologia em novembro de 2009 era de 214.952, enquanto a população brasileira estimada era de 192.011.607 habitantes. Houve acréscimo de aproximadamente 240% no número de odontólogos no período de 1960-2009. Entretanto, deve-se considerar que a inscrição nos conselhos regionais de Odontologia é de caráter cumulativo, podendo, assim, haver inscrições secundárias. Há que se observar que esses profissionais não estão distribuídos de maneira equitativa; o que existe é uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, em detrimento das outras regiões, devido à concentração da oferta da rede formadora e do poder econômico da população dessas regiões, e, assim, dos maiores mercados de trabalho no país. Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), 55,5% dos odontólogos estão no Sudeste, 17% no Sul, 14,5% no

Nordeste, 9% no Centro-Oeste e 4% no Norte (CFO, 2009).

No que diz respeito à demanda, Girardi; Carvalho (2002) relatam que o setor público é responsável por 24% do emprego formal na economia brasileira e cerca de 44% dos empregos de categorias de profissionais de saúde. Os maiores índices de participação no setor público, segundo os autores, são observados entre os odontólogos (72,8%), médicos (66,6%) e assistentes sociais (61,8%).

Das fontes existentes para a análise de mercado de trabalho em saúde, todas trazem o viés da limitação de dados, os quais se referem apenas ao emprego formal. Para analisar o mercado de trabalho dos odontólogos, enfrenta-se restrição de informações dos segmentos informal e autônomo. A possibilidade de análise decorre dos dados obtidos no mercado formal, mais especificamente aqueles disponibilizados pela Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE, com última edição em 2005, que atinge os postos de trabalho de todos os estabelecimentos que prestam assistência à saúde no país; e pelos dados disponíveis nos registros do Ministério do Trabalho ou na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), e ainda no Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CADEG) (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

Girardi *et al.* (2004) acrescentam que, embora a pesquisa AMS seja, até hoje, a melhor fonte de dados sobre demanda efetiva de postos de trabalho em estabelecimentos de saúde, traz a limitação relevante de que a maior parte dos serviços públicos de saúde não está acessível nessas estatísticas, uma vez que o grosso desses estabelecimentos e vínculos de empregos está computado nas diversas classes constitutivas da administração pública. Dessa maneira, escapam quase completamente aos registros e às estatísticas citadas: a precária reconfiguração das relações de trabalho ensaiadas ao longo da década de 1990, quais sejam: a precarização das relações laborais, inclusive na administração pública; a

total municipalização do emprego em saúde; o crescimento do mercado de trabalho na medicina supletiva; a expansão dos negócios e da ocupação informal no setor. Da mesma forma, escapam os movimentos de terceirização e flexibilização das relações de produção e serviços no setor, a exemplo do grande crescimento das cooperativas de trabalho e das sociedades civis de profissões regulamentadas.

Pesquisas de perfis profissionais realizadas por Machado (1997), assim como pesquisas telefônicas utilizadas por Girardi *et al.* (2004), têm permitido a captação de parte desses movimentos. Girardi *et al.* (2004)creditam que os mercados informais encontram-se quase completamente descobertos de diagnósticos mais abrangentes. Portanto, dimensionar os mercados de trabalho em saúde e buscar caracterizar sua trajetória e suas tendências representa um empreendimento que exige cautela na interpretação dos resultados encontrados.

A Tabela 1 mostra o comportamento dos postos de trabalho dos odontólogos de 1992 a 2005 e evidencia um crescimento de 42%. É possível observar que esses postos estão concentrados principalmente na região Sudeste, sede da maior parte dos estabelecimentos de saúde, devido aos grandes centros urbanos e, por conseguinte, maiores incentivos e recursos governamentais. Entretanto, com o passar dos anos, há uma ligeira tendência de descentralização que pode estar influenciada pela política do Programa Saúde da Família, em que equipes

de saúde bucal foram implementadas no ano de 2000, e reforçadas em 2005, pelo Programa Brasil Sorrisante, iniciado no ano de 2004. A despeito da preponderância da informalidade das relações de trabalho nesses programas, isso não ocorre em sua totalidade; assim, a AMS detecta parte dos empregos nesses programas. Em outro extremo, a região Norte ainda era, em 2005, a mais desfavorecida, com menos de 5% da totalidade dos postos de trabalho. Destaca-se a região Centro-Oeste, que recebeu um incremento de aproximadamente 4%, enquanto o Norte recebeu 2%, e o Nordeste e o Sul, 1%, em todo o período.

Dados da pesquisa da AMS revelam que, de 2002 a 2005, não houve alteração significativa na distribuição institucional do emprego entre os setores público e privado. O setor público seguiu a condição de maior empregador para a categoria odontológica, embora o peso relativo do setor público no mercado formal tenha diminuído ligeiramente, 4%, contra o mesmo acréscimo no setor privado.

A Tabela 2 mostra os dados da distribuição percentual do emprego entre as esferas administrativas do setor público e os índices da evolução do emprego de 2002 a 2005. É possível concluir que o período de 2002 a 2005 acompanha a tendência da migração do emprego público em saúde em direção à esfera municipal, e segue como gestor da maior parte dos serviços públicos. Os estabelecimentos do setor público municipal, que já

TABELA 1 – Comportamento de empregos de Odontólogos segundo grandes regiões – Brasil, 1992-2005

Brasil e grandes regiões	1992	2002	2005
Brasil	41.509 (100%)	56.995 (100%)	71.386 (100%)
Norte	1.255 (3,0%)	2.630 (4,6%)	3.500 (4,9%)
Nordeste	9.611 (23,2%)	14.059 (24,7%)	17.204 (24,1%)
Sudeste	21.337 (51,4%)	25.620 (44,9%)	30.715 (43,0%)
Sul	6.815 (16,4%)	10.003 (17,6%)	12.714 (17,8%)
Centro-Oeste	2.491 (6,0%)	4.683 (8,2%)	7.253 (10,2%)

FONTE: IBGE, PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA, 1992, 2002 E 2005.

TABELA 2 – Comportamento de empregos de odontólogos por esfera administrativa segundo Grandes Regiões – Brasil, 2002-2005

Brasil e grandes regiões	Federal		Estadual		Municipal	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005
Brasil	2.345	3.060	4.788	5.184	35.360	42.090
Norte	336	377	518	558	1.412	2.093
Nordeste	454	657	1.575	1.512	8.940	11.267
Sudeste	625	1.025	2.004	2.347	16.072	17.937
Sul	448	461	207	219	6.620	7.908
Centro-Oeste	482	540	484	548	2.316	2.885

FONTE: IBGE, PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA, 2002-2005.

detinham 83,2% do emprego público de profissionais de saúde em Odontologia em 2002, têm um ligeiro incremento em 2005 e passam para uma participação de 83,6%. Os estabelecimentos federais, como reflexo do intenso enxugamento ocorrido na década de 1990, passam por esse período também com um pequeno incremento, dessa vez, provavelmente impulsionado pelos concursos para importantes agências do setor de saúde com sede na região Sudeste. O setor público estadual vem mantendo sua participação mais ou menos nas mesmas proporções nesse período, apresentando um pequeno decréscimo, com sua participação em 2005 em 10,3% dos postos de trabalho formais.

Girardi; Carvalho (2002) relatam que, já em 2002, o PSF representava 7,3% da demanda institucional de serviços de saúde para odontólogos, sendo os contratos realizados, em sua maioria, pelas prefeituras. Por sua vez, o Programa Brasil Soridente, lançado em 2004 com o objetivo de melhorar a assistência e oferta de serviços de Atenção Secundária e Terciária, tem-se mostrado um bom meio de expansão dos postos de trabalho, já que, em 2006, havia absorvido cerca de vinte mil novos odontólogos e auxiliares, como afirma Gilberto Pucca Jr., coordenador nacional de saúde bucal, em entrevista concedida ao CFO (2006).

Além da expansão dos postos de trabalho no setor público, vários autores como Junqueira et al. (2005), Zanetti (2000) e Mendes (2005), alertam para o fato de que as mudanças ocorridas nas últimas décadas foram profundamente sentidas em Odontologia também no mercado privado. O perfil da profissão, desde o início essencialmente voltado à clínica particular como profissional liberal, precisa ser modificado, em virtude do empobrecimento da população – fato que, notoriamente, dificulta seu acesso à clínica particular – e do elevado número de profissionais que vêm sendo lançados no mercado de trabalho a cada ano.

Belardinelli; Rangel (1999) afirmam que, em todas as atividades, tem havido retração da clientela particular e, na Odontologia, não poderia ser diferente. Os autores atribuem como fatores relevantes para a diminuição ou reorientação da clientela a inadequada distribuição dos profissionais; as dificuldades financeiras conjunturais; o período recessivo do país nas últimas décadas; e o crescimento da participação de convênios e credenciamentos, intermediando as relações entre profissionais e pacientes. No Brasil, percebem-se acentuado declínio da prática tradicional e crescimento exacerbado no mercado de planos e seguros, tanto médicos quanto odontológicos, gerando a concentração de operadoras (FREITAS, 2004).

Se, do ponto de vista econômico, a demanda por um bem ou serviço tem o preço do produto como variável determinante, é possível entender por que os clientes, antes particulares, agora têm seu tratamento intermediado por terceiros, em busca de maior cobertura do tratamento e valores mais atraentes.

Pinto (2000) e Zocratto (2001) alertam para o fato de que a dificuldade do profissional em arcar com os custos individuais de um consultório particular, o excesso de mão de obra disponível no mercado e a impossibilidade de a maior parte da população arcar com os elevados custos de um tratamento odontológico particular geram um campo propício à expansão dos planos de saúde.

De acordo com Mendes (2005), a má remuneração é a principal crítica dos profissionais, mas os planos são apontados pelos próprios odontólogos como uma forma de levar pacientes para o consultório, aumentando a clientela especialmente para os recém-formados – uma boa alternativa para iniciar a carreira. Assada (2003) lembra que as operadoras de saúde atuam em um cenário capitalista, procurando o maior retorno financeiro possível, em meio à oportunidade crescente de pessoas que demandam tal serviço.

Dessa forma, um número expressivo de profissionais que exercem a prática privada também reconhece ser dependente dos chamados ‘convênios’, que, a essa altura, poderiam ser percebidos como uma forma de assalariamento indireto exercido no próprio consultório privado, em face da grande dependência dessa modalidade na geração de receita (M , 2004).

Outra prática que se vem implementando no mercado de trabalho do odontólogo, como já assinalado por Zanetti (2000), são as clínicas montadas por profissionais com perfil empresarial, os quais atuam como intercessores entre clientes e odontólogos. Estes, em geral, não trabalham diretamente com o paciente,

cedem espaço para o trabalho e captam clientes, ficando, assim, com a maior parte do lucro. Normalmente, essas clínicas oferecem várias especialidades odontológicas. Nessa forma de inserção no mercado de trabalho, o profissional costuma trabalhar por percentagem relativa ao que produz e não há vínculo empregatício (QUELUZ, 2003).

No mercado de trabalho dos odontólogos, existem ainda as clínicas denominadas ‘populares’, ou seja, espaços que oferecem tratamentos a baixos preços e o profissional tem de atender a um número maior de pessoas. Alguns desses empresários de Odontologia conseguem oferecer preços muito abaixo dos demais, por também serem donos de lojas de materiais odontológicos, os quais conseguem material de consumo odontológico a preços inferiores aos de mercado. Na visão de Araújo (2002), assiste-se ao ‘reinado’ dos planos de saúde e das clínicas populares – estas são apontadas como causa de vulgarização da profissão, pois exploram o excedente de mão de obra.

CONCLUSÕES

O estudo nos permitiu destacar aspectos relevantes sobre as mudanças no mercado de trabalho em saúde e a Odontologia inserida nesse contexto, com o aumento expressivo da formação de odontólogos e do número de postos de trabalho, bem como as transformações ocorridas no mercado do setor privado e o crescimento do setor suplementar odontológico.

Acreditamos que a má distribuição de profissionais tende a continuar, pois mesmo algumas políticas públicas de saúde bucal que incentivam os profissionais a se deslocarem para o interior, com o objetivo de melhorar o acesso aos serviços pela população, não garantem

a redistribuição significativa, uma vez que os polos formadores e o melhor poder aquisitivo da população encontram-se nos grandes centros, e os odontólogos, por sua vez, procuram aliar uma ocupação no setor público com sua atividade em consultório particular.

É possível observar que, embora já no final do século XX o Brasil apresentasse o maior número de cursos de Odontologia no mundo, isso não se traduziu em recurso suficiente para melhorar os níveis de saúde bucal da população de forma homogênea. Beneficiados são os grandes centros urbanos, com maior acesso à assistência à saúde e às informações de autocuidado. Da mesma forma, uma parcela da população que não consegue inserção nos programas de saúde pública é favorecida pela grande oferta de profissionais, que acabam por oferecer assistência a valores mais baixos, por intermédio de operadoras de saúde ou não.

A aspiração do odontólogo pela ocupação no setor público – antes visto com ressalvas – parece nascer da vontade de se estabilizar financeiramente, no intuito de conviver com as incertezas em que se apoia o exercício profissional em consultório particular, uma vez que o público-alvo vem perdendo poder aquisitivo e, consequentemente, sendo atraído por maior cobertura e preços atraentes oferecidos pelo setor de saúde suplementar ou pelas clínicas populares. Mesmo a ocupação em clínicas com várias especialidades ou populares também não lhes garante estabilidade, pois, na maioria dos casos, os profissionais são remunerados por produção.

Finalmente, podemos afirmar que as modificações ocorridas no mercado de trabalho revelam que a profissão vive uma tendência de assalariamento, direto e indireto. Sugerimos novas pesquisas a fim de conhecer as novas relações de trabalho que estão se estabelecendo e suas nuances dentro das diferentes formas de trabalho dos odontólogos brasileiros.

R E F E RÊNCIAS

ARAÚJO, I. C. *O mercado de trabalho odontológico*. Disponível em: <www.odonto.com.br>. Acesso em: 30 abr. 2006.

ASSADA, R. M. *A realidade dos convênios. Jornal do Site Odonto* [jornal na internet]. ano V, n. 64, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.odonto.com.br>>. Acesso em: 05 jul. 2005.

BELARDINELLI, V. H.; RANGEL, A. O. *Odontologia sem máscaras*. São Paulo: Santos, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 68p.

CARDOSO, A. L. *Transformação da prática odontológica: educação em saúde em seu contexto*. [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade do Grande Rio, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Jornal do CFO* [jornal na internet], n. 75, nov./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 02 fev. 2007.

_____. *Dados estatísticos de 03 de novembro de 2009*. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 09 nov. 2009.

FAVERET FILHO, P; OLIVEIRA, P. J. A. Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e políticas públicas*. Brasília: IPEA, v. 3, 1990.p. 139-162.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista ABENO*, v. 1, 2003. p. 24-27.

- FREITAS, C. H. S. de M. Dilemas do exercício profissional no trabalho liberal da odontologia: a autonomia em questão. [tese]. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 2004. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, abr. 2010, p. 72-80.
- GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. D. (orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. São Paulo: UNICAMP, 2002, pp. 221-56.
- GIRARDI, S. N. et al. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: BARROS, A. F. R. et al. (orgs.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.p. 121-138.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária. 1992, 2002 e 2005*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 jan. 2007.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. *Censo da educação superior*. Disponível em <http://inep.gov.br> Acesso em: 12 nov. 2009.
- JUNQUEIRA, C. R. et al. Considerações sobre o mercado de trabalho de odontologia. *Revista Paulista de Odontologia*. São Paulo: SOESP, v. 27, n. 4, 2005. p. 54-61.
- MACHADO, M. H. et al. (orgs.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- MENDES, H. J. *A relação entre cirurgiões-dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru-SP*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, 2005.
- MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia *Revista ABENO*. São Paulo: SOESP, v. 4, n. 1, 2004. p. 30-37.
- PELISSARI, L. D. et al. Vivência da realidade: o rumo da saúde para a odontologia, *Revista ABENO*. São Paulo: SOESP, v. 5, n. 1, 2005. p. 32-39.
- PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos, 2000.
- QUELUZ, D. P. Recursos humanos na área de odontologia. In: PEREIRA, A. C. (org.). *Odontologia em saúde coletiva*. São Paulo: Artmed, 2003, p. 151-7.
- TRAVASSOS, C. M. et al. *Avaliação da equidade no uso de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.
- VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A. (orgs.). *Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 89-112.
- ZANETTI, C. H. G. *As marcas do mal-estar social no sistema nacional de saúde: o caso das políticas de saúde bucal no Brasil dos anos 80*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.
- _____. *A crise e a perda da sustentabilidade da odontologia brasileira: perspectivas para uma Agenda 21 da saúde bucal*. [anteprojeto de tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.
- ZOCRATTO, K. B. V. *A influência dos planos de saúde odontológicos no mercado de trabalho do cirurgião-dentista em Belo Horizonte: uma visão dos representantes das classes odontológica e empresarial*. [dissertação]. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

Estimativa de Demanda por Médicos por Internação pelo SUS: Proposta de Modelo de Previsão Baseado em Dados da Alta Hospitalar

*Request estimation for Doctors to work for Confinement at Health Unique System:
Proposal of Model of Forecast based on
Hospital Discharge Data*

Sergio Pacheco de Oliveira¹

¹ Médico; pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz –ENSP/FIOCRUZ; pesquisador da Estação ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ.
spacheco@ensp.fiocruz.br

RESUMO *Este artigo visa apresentar um modelo de previsão para o crescimento da demanda por médicos, de acordo com os diagnósticos, com base em dados da alta hospitalar do setor público. Os resultados são consistentes com a tendência esperada de envelhecimento da população e a respectiva desaceleração da taxa de crescimento. A metodologia utilizada envolve três etapas distintas e o modelo propõe uma alternativa ao uso de FTE para a previsão de demanda do médico, uma vez que não é possível calcular FTE com os dados disponíveis.*

PALAVRAS-CHAVE: *Recursos humanos em saúde, modelos de previsão, dados de internação hospitalar.*

ABSTRACT *This article aims to present a model to forecast the growth in demand for doctors, according to the diagnoses based on hospital discharge data in the public sector. The results are consistent with the expected trend of an aging population and slowing the rate of population growth. The methodology to be used involves three different steps and the model proposes an alternative to the use of FTE in the doctor's demand forecast, since it is not possible to calculate FTE with the available data.*

KEYWORDS: *Health human resources, forecast model, hospital confinement data.*

INTRODUÇÃO

O planejamento e a gestão de RHS necessitam, entre outras coisas, de informação de boa qualidade e obtida em tempo hábil. Entretanto, a literatura é rica em questionamentos sobre como a informação vem sendo utilizada no planejamento e na gestão dos RHS (GIRARDI; CARVALHO, 1999; PASSOS, 2002; GUPTA, DIALLO, ZURN e DAL Poz, 2002; HALL, 2001; OPAS, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001a e b).

Os RHS apresentam algumas características comuns a muitos países que têm de lidar com problemas crônicos de três tipos na força de trabalho:

- **Numérico:** os países estão produzindo mais ou menos trabalhadores de saúde do que o necessário, e não têm como lidar com o excesso destes, nem como resolver em curto prazo sua escassez.
- **Qualitativo:** o tipo e o grau de educação e treinamento não são consistentes com o trabalho a ser realizado.
- **Distributivo:** desigualdades de distribuição geográfica, ocupacional, institucional e de especialidades, e entre os setores público e privado.

O setor de saúde depende, de forma substancial, de seus profissionais, que usualmente demandam um longo tempo para sua formação e treinamento. Assim, é importante conhecer as tendências da oferta e da demanda desses profissionais, de modo que possam ser formados e treinados a tempo de serem utilizados quando necessários. A concepção e construção de modelos de previsão para RHS é uma proposta válida, que tem o potencial de melhorar a decisão no planejamento e gestão de RHS (BASU; GUPTA, 2005, 2003). A possibilidade de contar com ferramentas que forneçam a previsão das necessidades de RHS é desejável, como forma de o planejador e o

gestor se anteciparem a problemas de oferta e de demanda de serviços de saúde, principalmente os que podem ser esperados pelas alterações provocadas por mudanças populacionais, cuja antecipação é relativamente segura.

Os modelos de previsão devem ser entendidos como ferramentas dinâmicas, que, idealmente, devem ser aplicados aos dados de forma repetida e que também podem sofrer alterações e aperfeiçoamentos. Assim, qualquer influência não prevista numa primeira modelagem e percebida mais tarde pode ser considerada e incorporada ao modelo no futuro.

Um ponto fundamental para o planejamento e a gestão de RHS é que a identificação de tendências é mais importante que os dados pontuais. Isso se explica, em parte, porque as mudanças decorrentes da implantação de políticas de RH levam tempo para se consolidar, especialmente aquelas que demandam formação ou treinamento de novos profissionais, o que aumenta a utilidade dos modelos de previsão, por trabalharem exatamente com tendências.

OBJETIVO

Apresentar e comentar a concepção e os resultados da aplicação de um modelo de previsão de demanda por médicos para internação pelo SUS, com base em dados da alta hospitalar, considerando o diagnóstico segundo a CID-10, para o período de 2003 a 2022 no estado do Rio de Janeiro.

REFERENCIAL TEÓRICO

Vários fatores podem interferir na quantidade e na composição do estoque de profissionais disponíveis para

o atendimento das necessidades da população em determinado momento. Do lado da oferta, as faculdades são as principais fornecedoras de mão de obra, contribuindo sempre com um fluxo positivo em relação ao estoque. As migrações podem contribuir com um fluxo positivo ou negativo em relação ao estoque. A migração interna parece ter importância para a realidade brasileira, por conta da concentração das escolas médicas nas regiões sudeste e sul, embora também seja citada na literatura como um problema para vários países. Para melhor compreensão, seu papel na composição dos estoques regionais demanda mais pesquisas. A migração internacional tem peso variável de acordo com o país em questão, e parece não ser muito importante no Brasil, diferentemente de outros países, onde pode ter peso expressivo na composição do estoque de médicos. Pond e McPake (2006) referem que os países menos desenvolvidos, especialmente no continente africano, sofrem mais com o problema da saída dos profissionais de saúde para países mais ricos.

Ao lado da saída de profissionais do sistema, estão eventos como aposentadoria, falecimento de profissionais ainda em atividade e desvio de função. É importante citar que o envelhecimento das populações – que ocorre no mundo todo – também tem efeito sobre a população dos profissionais de saúde, o que faz com que a idade média desses trabalhadores também aumente.

Fatores que influenciam o sistema de saúde também podem gerar consequências para os RHS. As novas tecnologias em saúde podem exercer pressão sobre o sistema de saúde basicamente de três formas: a) em virtude de seu custo de implantação, inclusive treinamento de profissionais; b) em razão da oferta de novos serviços à população; c) pela influência na composição da força de trabalho médica. Em geral, as tecnologias em saúde são aditivas, ou seja, não substituem integralmente as

tecnologias anteriores. Assim, a cada nova tecnologia adotada, ocorre sua incorporação sem necessariamente o abandono da anterior pelo sistema de saúde. Isso leva à necessidade de novos treinamentos para os profissionais envolvidos, visando à sua correta utilização. Ao contrário de outras áreas da atividade humana, não se pode esperar que uma nova tecnologia forçosamente venha a reduzir o número necessário de profissionais de saúde para o atendimento da população.

Outro ponto importante é a pressão das mudanças sociodemográficas, tanto na demanda por serviço quanto na força de trabalho envolvida (DUSSAULT; DUBOIS, 2003; BASU; GUPTA, 2003). Os autores comentam que o envelhecimento da população em países industrializados, além de aumentar o uso dos serviços de saúde, diminui o tamanho da população trabalhadora. Basu e Halliwell (2004) e Basu (2004) citam que a composição da população é fator relevante para a determinação dos requerimentos de RHS. As tendências demográficas são particularmente críticas, visto que afetam a quantidade e o tipo de serviços de saúde requeridos e, em consequência, o número e o tipo de profissional de saúde envolvido. Também têm influência na oferta atual e potencial de trabalhadores de saúde.

Em relação ao aspecto conceitual do desenvolvimento de modelos de previsão para RHS, uma das questões diz respeito a como se obter um valor que sintetize a efetiva participação do profissional no trabalho produzido. Não é válida a consideração de que todo e qualquer profissional de saúde deve trabalhar o mesmo número de horas ou ter o mesmo nível de produtividade por determinado período de tempo. O padrão da prática médica varia de acordo com a especialidade e o grau de atividade do indivíduo. A simples contagem do número de profissionais não resolve o problema, pois ignora essa questão.

Vários autores propõem e utilizam o ‘Full Time Equivalent’ (FTE), valor que tenta uniformizar a maneira como a carga de trabalho é contabilizada. De forma muito simplificada, o valor de um FTE equivale a um profissional trabalhando uma jornada semanal completa, por exemplo, oito horas por dia, cinco dias por semana, durante todo o ano. Jornadas de trabalho menores correspondem a frações de FTE. É evidente que a adoção dessa carga de trabalho é arbitrária, podendo-se considerar outros valores como padrão. A vantagem da obtenção de previsões em termos de FTE é a possibilidade de comparação entre os resultados, em previsões diferentes e ao longo do tempo (BREWER; BASU, 1996).

Existem várias maneiras descritas na literatura de se calcular esse indicador – e o valor do FTE é sensível à metodologia empregada. Não existe “a melhor maneira”. Desse modo, todas as formas de calcular o FTE apresentariam algum grau de arbitrariedade.

Uma das formas, desenvolvida pelo National Health and Welfare, do Canadá, é a utilização do valor pago aos médicos como uma aproximação da avaliação de seus níveis de atividade. Para acomodar as diferenças nos padrões de atendimento, o FTE é específico para cada especialidade (UNIVERSITY OF MANITOBA, 2000). No modelo de previsão de demanda objeto deste texto, não foi possível recorrer ao FTE, em virtude da base de dados utilizada. Assim, propusemos uma alternativa, a ser descrita na Metodologia.

Para finalizar, o modelo utiliza dados da internação, ressaltando-se que o uso do número de internações hospitalares, medida não monetária, é sugerido pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), 2001, como forma de captar a aplicação real do sistema de saúde.

FONTES DE DADOS

A base de dados utilizada é o SIH, composto por uma série de tabelas ou arquivos, com dados relativos às internações hospitalares do SUS para todo o Brasil. Os dados constantes nessas AIHs servem apenas para uso estatístico. O nome e o endereço do paciente foram intencionalmente omitidos para preservar sua privacidade.

Os arquivos constantes do SIH de interesse para o modelo são:

- Arquivos do tipo MA (Movimento da AIH): com informações básicas de cada AIH, como caracterização do paciente (idade, sexo, residência), da internação (número da AIH, hospital, especialidade, procedimento solicitado e realizado, diagnóstico, datas de internação e alta, motivo de cobrança) e de faturamento (valores cobrados).

- Arquivos do tipo TA (Ocorrências de atos médicos na AIH): contêm as ocorrências de cada ato médico realizado, relativo a serviços profissionais e serviços auxiliares de diagnose e terapia, identificando o prestador e o tipo de ato para cada AIH. Os arquivos TA estão compactados e existe um para cada município.

O arquivo MA tem como identificador único o número da AIH, que não pode estar repetido. Se um paciente volta a se internar, um novo número de AHM é atribuído a esse novo evento. Tal número estabelece um relacionamento com o arquivo do tipo TA, que guarda os dados dos pagamentos realizados a médicos. Nesse arquivo, o número da AIH pode e frequentemente aparecer repetido, uma vez que, em geral, uma internação abrange mais de um procedimento médico.

DADOS POPULACIONAIS

Utilizou-se o conjunto de dados fornecido pelo IBGE, com projeções da população brasileira, por sexo

e faixa etária, até o ano de 2050. Os dados do Rio de Janeiro foram separados do conjunto e reorganizados segundo as faixas etárias eleitas para o modelo, que são: de 0 a 4 anos, de 5 a 14 anos, de 15 a 19 anos, de 20 a 39 anos, de 40 a 59 anos, de 60 a 69 anos, e acima de 70 anos, para cada sexo.

METODOLOGIA

Todo modelo de previsão parte de alguns pressupostos que permitem a limitação das variáveis consideradas no modelo, viabilizando sua construção. Por outro lado, esses mesmos pressupostos não consideram, a priori, outras variáveis que poderiam ter impacto nas previsões. Por essa razão, convém lembrar que os modelos de previsão são dinâmicos. Além disso, faz parte de seu processo de desenvolvimento a utilização repetida, como forma de aprimorar seu poder preditivo, por meio de incorporações de variáveis e fatores de correção.

O modelo original se baseia nas alterações populacionais de número e composição para a construção das projeções, tomando por base o movimento de internações do SUS para o ano de 2002.

Neste trabalho, o modelo proposto utiliza o valor pago por serviços prestados em caráter de internação para pacientes do SUS como uma aproximação da carga de trabalho de cada médico, uma vez que não se pode presumir que todos os médicos tenham a mesma carga de trabalho nem a mesma produtividade, como já citado.

É importante frisar que, quando se faz referência à expressão ‘valor pago a cada médico’, o que se está considerando é o valor do serviço profissional que um médico deveria estar percebendo por aquele procedimento ou atividade, independentemente de esse pagamento estar sendo feito de fato a uma pessoa física ou jurídica, ou

referenciado a um diretor de hospital ou chefe de serviço, no caso dos hospitais públicos.

No modelo a previsão se baseia nas alterações dos valores pagos por procedimentos médicos, segundo especialidades médicas e grupo CID-10.

Como já citado, um dos mais importantes pontos no que diz respeito à construção de modelos de previsão de RHS é o indicador de carga ou volume trabalho, já que não é válido se imaginar que os profissionais trabalhem todos pelo mesmo número de horas, nem que todos os procedimentos médicos demandem o mesmo número de profissionais. O FTE, como já visto, é um ‘proxy’ da carga de trabalho médico, utilizado em várias publicações.

O SIH, por sua vez, não permite a identificação individual de todos os médicos que efetivamente prestaram serviços. Com os dados do SIH, não é possível obter o FTE, pois os procedimentos médicos pagos em cada internação nem sempre contam com a identificação do profissional que o realizou – o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) do Ministério da Fazenda –, mas apenas o número do Cadastro Geral de Contribuintes (CGC) do Ministério da Fazenda, indicando que se trata de pessoa jurídica. Além disso, em relação ao CPF, em alguns casos o número de procedimentos relacionados a um único número é desproporcionalmente elevado, provavelmente por ter sido usado o CPF do diretor da unidade ou chefe de serviço em várias internações, nos casos de hospitais públicos.

Foi necessária a construção de um valor para indicar, da melhor maneira possível, a carga de trabalho médico. Assim, a proposta adotada foi trabalhar com o valor pago por cada procedimento médico de cada internação, como um ‘proxy’ da carga de trabalho de cada médico.

Foram obtidos valores por especialidade e por grupo CID-10, de acordo com o sexo e a faixa etária

dos pacientes, para o ano-base. As variações populacionais esperadas de sexo e faixa etária ao longo dos anos utilizados na previsão serviram para adequar os valores a cada demanda, obtendo-se uma relação percentual da variação.

Em relação aos atos profissionais, foram considerados aqueles que se configuravam como procedimento em que seria possível supor como imprescindível a participação do médico. A escolha desse tipo de atos profissionais representa um filtro de seleção de dados, uma vez que todo procedimento realizado que não pertença a esse grupo de atos profissionais não será contabilizado pelo modelo. Também foram retirados os partos realizados por enfermeiros, na tabela tipo MA.

Nesse desenho de desenvolvimento, o diagnóstico individual de cada internação é preservado, podendo ser utilizado mais tarde para a projeção de uma doença específica, por exemplo.

Para a construção do modelo de previsão propriamente dito, os dados foram agrupados por capítulo CID-10 e ordenados por faixa etária e sexo. Em seguida, foi feita a soma dos valores dos procedimentos por especialidade e por faixa etária e sexo.

O modelo matemático propõe que seja C_{idag} o valor por serviço i qualquer pago a um médico para tratar pacientes com diagnóstico de um grupo CID-10 d , por um serviço prestado a um paciente da faixa etária a e sexo g . O valor total recebido por todos os médicos para o mesmo grupo CID d por tratar pacientes com a faixa etária a e sexo g é dado por $\sum C_{idag}$.

O nível de demanda para médicos de especialidade d requerido para pacientes da faixa etária a e sexo g , no período base 0, é dado por $\frac{\sum C_{idag}}{P_{at}}$, onde P_{at} é a população na faixa etária a e sexo g no período base 0.

É importante notar que, no ano-base, o nível de demanda para todos os médicos com a especialidade d é $P_{A1}C_{d1}$. Da mesma forma, para os pacientes na faixa etária a e sexo g , o nível de demanda requerido para os médicos com a especialidade j no período t é dado por $\frac{\sum C_{idag}}{P_{at}}$, onde P_{at} é a população na faixa etária a e sexo g no período t . O nível de demanda para todos os médicos com a especialidade d no período t é:

$$\frac{\sum C_{idag}}{P_{at}}, \text{ onde } t \in 0, 1, 2, 3, \dots, T.$$

O requerimento projetado de médicos com a mesma especialidade para os períodos é dado por:

$$\frac{\sum C_{idag}}{P_{at}} \quad \text{Período-base: } t = 0;$$

$$\frac{\sum C_{idag}}{P_{at}} \quad \text{Período 1: } t = 1;$$

$$\frac{\sum C_{idag}}{P_{at}} \quad \text{Período T: } t = T;$$

RESULTADOS

As variações da demanda de serviços médicos por grupo CID e por sexo, para o período de 2002 a 2022, estão summarizadas na Tabela 1. O ano-base tem o valor unitário e os seguintes refletem a influência do crescimento e as alterações da composição da população na demanda esperada.

TABELA 1 – Variação da demanda de médicos para internação, por capítulo da CID-10, por sexo, 2002-2022, intervalos de 5 anos, RJ, Brasil

GRUPO CID	MASCULINO					FEMININO				
	2002	2007	2012	2017	2022	2002	2007	2012	2017	2022
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1,00	1,11	1,21	1,31	1,43	1,00	1,11	1,21	1,32	1,45
II - Neoplasias	1,00	1,14	1,29	1,47	1,68	1,00	1,15	1,28	1,42	1,57
III - Doenças do sangue e órgãos hematopéticos e alguns transtornos imunitários	1,00	1,11	1,22	1,34	1,46	1,00	1,15	1,28	1,42	1,57
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1,00	1,15	1,31	1,48	1,68	1,00	1,15	1,30	1,46	1,65
V - Transtornos mentais e comportamentais	1,00	1,13	1,25	1,36	1,48	1,00	1,14	1,27	1,40	1,54
VI - Doenças do sistema nervoso	1,00	1,11	1,22	1,34	1,47	1,00	1,13	1,27	1,42	1,60
VII - Doenças dos olhos e anexos	1,00	1,14	1,30	1,48	1,70	1,00	1,17	1,37	1,59	1,87
VIII - Doenças do ouvido e da apófise	1,00	1,06	1,13	1,18	1,23	1,00	1,09	1,17	1,23	1,30
IX - Doenças do aparelho circulatório	1,00	1,16	1,33	1,52	1,76	1,00	1,16	1,34	1,53	1,76
X - Doenças do aparelho respiratório	1,00	1,10	1,19	1,27	1,38	1,00	1,10	1,20	1,29	1,40
XI - Doenças do aparelho digestivo	1,00	1,11	1,22	1,34	1,46	1,00	1,12	1,24	1,36	1,50
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,00	1,13	1,28	1,43	1,62	1,00	1,15	1,30	1,48	1,68
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1,00	1,11	1,22	1,34	1,46	1,00	1,14	1,29	1,45	1,63
XIV - Doenças do aparelho geniturário	1,00	1,13	1,27	1,41	1,59	1,00	1,13	1,24	1,34	1,44
XV - Gravidez, parto e puerpério	na	na	na	na	na	1,00	1,04	1,07	1,10	1,12
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	1,00	1,04	1,03	1,00	0,98	1,00	1,04	1,03	1,00	0,98
XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1,00	1,05	1,09	1,11	1,13	1,00	1,07	1,12	1,16	1,21
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	1,00	1,12	1,25	1,38	1,54	1,00	1,13	1,25	1,37	1,50
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	1,00	1,09	1,18	1,27	1,35	1,00	1,14	1,29	1,45	1,64
XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	1,00	1,11	1,21	1,32	1,43	1,00	1,15	1,30	1,45	1,64
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	1,00	1,11	1,21	1,30	1,40	1,00	1,11	1,20	1,28	1,36

Fonte: SIH/SUS. Conjunto de Cds 2002, DATASUS.

Todos os grupos de diagnóstico apresentam previsões de crescimento de demanda, embora com números muito diferentes. A exceção é o grupo XVI – “Algumas afecções originadas no período perinatal”, que apresenta crescimento real até o ano de 2007 e crescimento negativo em 2022, com um decréscimo estimado de 2% da demanda em relação ao ano-base (2002).

Como ilustração, apresentam-se os resultados do Capítulo IX – *Doenças do sistema circulatório* – e do XVI – *Certas condições originadas no período perinatal*.

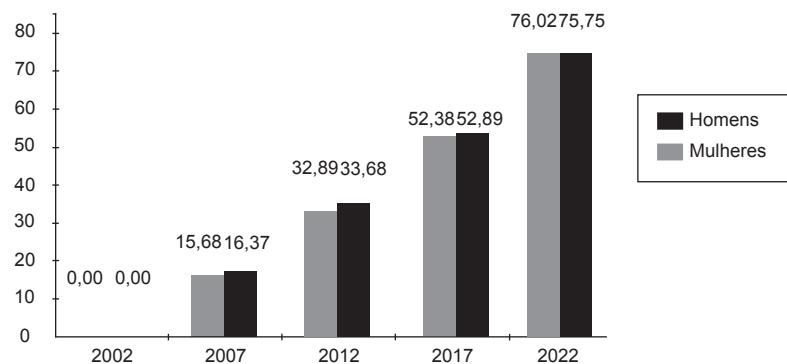
Com relação ao Capítulo IX, a previsão apresenta um crescimento bastante semelhante para ambos os sexos, chegando ao aumento da necessidade de médicos para atender a patologias desse capítulo de cerca de 76% no final do período (Gráfico 1). Nesse capítulo, aparecem as doenças cardiovasculares, como infarto e acidentes vasculares cerebrais, que são fortemente associadas a condições clínicas como arteriosclerose, diabetes, dislipidemias, hipertensão e obesidade.

dessa demanda, detectável já em 2017 e se acentuando no final do período. Essa tendência é consistente com a queda da natalidade e as alterações na composição da população por faixas etárias.

Até onde foi possível se verificar, não existe publicação, na América Latina, sobre tal assunto. Esse modelo é a primeira proposta, aberta à discussão, de uma ferramenta já utilizada em outros países – os modelos de previsão de RHS. A continuidade da pesquisa, que já se encontra em andamento, visa à comparação dos valores previstos com a realidade, a partir do ano de 2003 até agora. O que se busca é a descoberta de fatores não considerados inicialmente que possam ser incorporados ao modelo, melhorando a qualidade das previsões.

Outro aspecto importante é a alternativa ao uso do FTE, como proposto na literatura em geral. Com os dados do SIH, a maneira clássica de cálculo não era possível.

GRÁFICO 1 – Variação da demanda de médicos para internação no SUS, Rio de Janeiro, 2002 a 2022, por sexo, para o grupo CID IX – Doenças do sistema circulatório.



Com relação ao Capítulo XVI – *Certas condições originadas no período perinatal* –, a situação é inversa, com importante redução na necessidade do número de médicos para atendimento a pacientes com diagnósticos desse grupo, ocorrendo, inclusive, crescimento negativo

Para concluir, destaca-se que os resultados da previsão obtidos com esse modelo são consistentes com as alterações esperadas na composição por sexo e faixa etária da população em questão, o que permite a adoção do modelo em mais pesquisas.

REFÉRENCIAS

- BASU, K.; GUPTA, A. MSDAD's Health Human Resources Models. *Building Policy-Relevant Health Human Resource Models*. In: Workshop at the International Microsimulation Conference on Population Ageing and Health: Modeling Our Future, 2003, Canberra, Austrália.
- _____. A Physician Demand and Supply Forecast Model for Nova Scotia. *Cah Sociol Demogr Méd*, v. 45, n. 2-3, 2005, p. 255-285.
- BASU, K.; HALLIWELL, C. Impacto de los cambios demográficos sobre RHSS. *Health Canada, Boletín de investigación sobre las políticas del sector salud*, v. 8, Ottawa, mayo de 2004.
- BASU, K. Projecting the HHR Impact of Demographic Change. *Health Policy Research Bulletin*, v. 8, may 2004.
- BREWER, C.; BASU, K. The labor supply behavior of part-time, full-time and non-working registered nurses. *Abstract Book of Association of Health Services Research*. v. 13, 1996, p.124-125.
- DIALLO, K.; ZURN, P.; GUPTA, N.; DAL POZ, M. Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health: an International Perspective. *Human Resources for Health*, v. 1, n. 3, 2003.
- DUSSAULT, G.; DUBOIS, C.A. Human Resources for Health Policies: a Critical Component in Health Policies. *Human Resources for Health*, v. 1, n. 1, 2003.
- GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. 1999, p. 221-56. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 81-89, abr. 2010.
- GUPTA, N.; DIALLO, K.; ZURN, P.; DAL POZ, M. Human Resources for Health: an International Comparison of Health Occupations from Labor Force Survey Data. *Working paper n. 331, Maxwell School of Citizenship and Public Affairs*. Nova York/Syracuse: Syracuse University, oct./2002, 22p.
- HALL, T.L. *Guidelines and Data Requirements for Human Resources for Health Information System*. Geneva: World Health Organization
- OECD. Social Issues/Migration/Health, v. 2005, n. 18, p. 1-175, 2001.
- OPAS. *Agenda Provisória da 134ª Sessão do Comitê Executivo – Tema 4.3*. Washington: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, 2004.
- PASSOS, N. (org.). *Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- POND, B.; McPAKE, B. The Health Migration Crisis: the Role of Four Organizations for Economic Cooperation and Development Countries, *Lancet*, v. 367, n. 9520, p. 1448-1455, 29 abr. 2006.
- UNIVERSITY OF MANITOBA. *Full time equivalent*. 06/03/2000. Disponível em: http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/concept/dict/FTE_calculation.html. Acesso em: 22 ago. 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Human Resources & National Health Systems – Shaping the Agenda for Action*. Final report. Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Human Resources for Health: Developing Policy Options for Change*. Discussion paper. Geneva, nov./2002b, 24 p.

AGRADECIMENTOS:

O autor agradece o suporte financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para o estágio de doutorado no Microsimulation Modelling and Data Analysis Division (MSDAD) do Health Canada, em 2005/2006, quando foram processados os dados que serviram de base a este texto

Técnicos em Saúde: Constituição de uma Identidade

Health Technicians: The Constitution of an Identity

Mônica Wermelinger¹
Maria Helena Machado²
Antenor Amâncio Filho³

¹ Bióloga; professora pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ; pesquisadora associada do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).
monicaw@fiocruz.br

² Socióloga; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); coordenadora da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ; diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS.
machado@ensp.fiocruz.br

³ Advogado; pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); pesquisador da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ; coordenador do Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da ENSP/FIOCRUZ.
amancio@ensp.fiocruz.br

RESUMO O artigo revisita o processo histórico de construção da identidade profissional dos técnicos em saúde no Brasil, em busca de subsídios para a compreensão de questões inerentes à educação profissional de nível médio. Como fontes de pesquisa, utilizaram-se a legislação brasileira para a Educação e referenciais, diretrizes e documentos técnicos do Ministério da Educação, além do banco de dados do Censo da Educação Profissional (2003) do INEP. Como conclusão, aponta para o fortalecimento do conceito de equipe multiprofissional em saúde como alternativa para a valorização das profissões não médicas, em especial aquelas de nível médio em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação profissional, ensino médio, formação em saúde.

ABSTRACT This paper goes through the historical process of health technician professional identity construction in Brazil, searching for subsidies to understand questions about the professional education at High School. It has been used, as sources, the Brazilian legislation for the education and other governmental technical documents, and the 2003's professional educational census data base of INEP. The article concludes pointing to the reinforcement of the health multiprofessional team concept as an alternative to value non-physician professions, especially those formed by Brazilian high schools in health.

KEYWORDS: Professional education, high school, formation in the health area.

INTRODUÇÃO

O debate contemporâneo sobre educação profissional tem sido permeado por três questões que preocupam dirigentes, pesquisadores e planejadores da educação, bem como organismos governamentais e empresariais envolvidos na formulação e implementação de políticas públicas que, simultaneamente, destinam-se a incentivar o crescimento econômico e promover o bem-estar social:

1) Quais são as características necessárias a um curso de educação profissional para formar um indivíduo apto a contribuir para o desenvolvimento econômico do país?

2) Quem são os indivíduos que buscam formação em cursos de educação profissional?

3) Quais são as motivações e aspirações dos sujeitos, alunos da educação profissional?

Essas três questões são fundamentais para se repensar a política de educação profissional no Brasil. A primeira faz refletir sobre a estrutura dos cursos e a construção de currículos e projetos político-pedagógicos das escolas técnicas; a segunda diz respeito ao perfil daqueles que buscam esses cursos, permitindo a construção de um processo de aprendizagem que dialogue com a realidade dos alunos; a terceira se refere à compreensão das expectativas dos alunos da educação profissional em relação ao ingresso no mercado de trabalho e ao prosseguimento dos estudos no ensino superior, após o término do curso.

Por outro lado, há questões inerentes à educação profissional que independem da estrutura e da conjuntura atuais. São traços dessa modalidade de educação, historicamente construídos em nosso país. Há que se considerar ainda que, no Brasil, quando se discute

educação, é preciso ter em conta inúmeros aspectos, em especial pelo fato de ser este um país de dimensões continentais e, por isso, com situações sociais, econômicas e culturais típicas e diferenciadas, o que obriga a refletir sobre como se aproximam e se articulam as ações educacionais promovidas nas esferas de governo nos âmbitos municipal, estadual e federal.

Atualmente, a educação é regida em nosso país pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº. 9.394, de 20/12/1996) e se encontra organizada em dois níveis – Educação Básica e Educação Superior – e em duas modalidades – Educação de Jovens e Adultos e Educação Especial, estabelecendo-se ainda, e com a mesma classificação de modalidade, a educação profissional complementar à educação básica. Nessa configuração, “embora a Lei [nº. 9.394] não o explice, a educação profissional é tratada como um subsistema de ensino” (BERGER FILHO, 1999, p. 92).

Historicamente e apesar de diversos movimentos e esforços contrários realizados ao longo do tempo, a educação profissional de nível médio foi e continua sendo, de maneira tão injusta quanto equivocada, discriminada por uma parcela significativa da sociedade, que a tem como um meio de engajar no mercado de trabalho pessoas consideradas com capacidade intelectual, econômica e social insuficientes para prosseguir nos estudos em patamar mais avançado.

O Decreto nº. 5.154/2004, que regulamenta a educação profissional, determina que ela seja oferecida por meio de três tipos de curso:

1) de formação inicial e continuada de trabalhadores, ofertado em todos os níveis de escolaridade;

2) de educação profissional técnica de nível médio, desenvolvido, de forma articulada, com o ensino médio;

3) de educação profissional tecnológica de graduação e de pós-graduação.

Ele mantém a modularização curricular para os cursos técnicos, sob a denominação de “etapas com terminalidade”, e reintroduz a oferta de cursos de educação profissional de nível médio de forma integrada ao ensino médio, a qual havia sido impedida por decreto anterior (Decreto nº. 2.208/97).

Em virtude das reconhecidas especificidades e peculiaridades que caracterizam o trabalho em saúde (preservação da existência humana, luta constante pela manutenção da vida, cuidados para evitar riscos à saúde e à qualidade de vida do ser humano, convívio e oposição permanente ao fenômeno morte), a formação de pessoal de nível médio para o setor é um tema que reúne um conjunto de variáveis – políticas, econômicas, sociais e culturais –, que implicam, por isso, uma discussão mais abrangente, com a participação de diferentes segmentos do conjunto da sociedade.

Cabe observar que, até a década de 1990, o mercado de trabalho em saúde absorvia trabalhadores de nível elementar e, ainda hoje, é marcado pela carência de técnicos devidamente habilitados e pela existência de trabalhadores cuja habilitação foi obtida por meio de treinamentos após o ingresso nos serviços de saúde. Essa situação tende a mudar por conta da regulamentação das profissões de nível técnico em saúde, o que fez aumentar a demanda institucional e a necessidade social que envolve a formação de quadros técnicos para o sistema de saúde.

Entretanto, apesar do aumento da demanda por vagas em cursos técnicos de nível médio, estudos apontam a existência de um processo de elitização nesse âmbito, já que – contrariando a intenção e a decisão histórica de delegar à educação profissional de nível técnico a função de formar para o trabalho indivíduos pertencentes às classes menos favorecidas economicamente – esses cursos vêm apresentando mudança nas características de seu alunado, tornando-se menos um espaço de formação do

trabalhador e mais uma etapa para o acesso ao ensino superior (KIRSCHNER, 1993).

Esse tipo de análise aponta para o fato de as escolas que ofertam cursos de formação de técnicos de nível médio não conseguirem cumprir totalmente a função social para a qual foram originalmente destinadas e, no caso particular da saúde, mostrarem-se insuficientes para atender à demanda do mercado de trabalho que ela configura. Assim, a área de saúde representa um *locus* privilegiado para o estudo do dilema existente em relação à finalidade dos cursos técnicos de nível médio, pois agrega, além das contradições presentes, de forma geral, na educação profissional, uma tradição de carreira, de identidades profissionais transitórias, de variados itinerários formativos, de hierarquia no serviço e de formação em serviço, o que a torna a antítese da intenção de terminalidade que a legislação pretendeu atribuir à educação profissional no Brasil.

ENSINO MÉDIO: EM BUSCA DE UM FIM

De maneira geral, o ensino secundário, posteriormente chamado de segundo grau e, atualmente, de ensino médio, manteve durante décadas o pressuposto de preparar o aluno para o ingresso na universidade. Esse forte aspecto propedêutico é ressaltado por Campos (1931), na Exposição de Motivos que fundamenta e justifica a proposta de ensino explicitada no Decreto nº. 19.851, de 11/04/1931:

O ensino secundário tem sido considerado entre nós como um simples instrumento de preparação dos candidatos ao ensino superior, desprezando-se, assim, sua função eminentemente educativa. O ensino superior acabou por transformar-se em uma finalidade puramente externa e convencional do ensino secundário.

Entretanto, a reforma pretendida por intermédio do citado decreto não alterou o cenário existente: perdura a ausência de uma política educacional articulada e consequente, com a permanência do ensino secundário como uma etapa de transição, um ‘rito de passagem’.

Na trajetória histórica de construção do ensino médio, marcada por iniciativas que visam profissionalizar o processo educativo, insere-se a reforma do ensino comercial, com o surgimento de cursos especializados e diversificados, estruturados sobre uma base de cultura geral. Também como tentativa de responder à pouca objetividade da educação intermediária, mencione-se a Lei nº. 5.692, de 1971, que intentou a profissionalização compulsória mediante a institucionalização da qualificação para o trabalho. Os currículos passam a ter um núcleo comum obrigatório, de âmbito nacional, e uma parte diversificada, visando atender às especificidades locais e às diferenças individuais dos alunos, com parte do currículo elaborado com foco na educação geral e parte na formação específica, esta com o objetivo de fornecer ao aluno uma habilitação profissional ao término do ciclo secundário (OLIVEIRA, 1981).

Na justaposição do ensino propedêutico com o técnico, a Lei nº. 5.692/71 preconizava a preparação para o trabalho, de acordo com as necessidades do mercado, em consonância com uma formação geral que permitisse ao aluno desenvolver suas potencialidades, alcançar a autorrealização e exercitar, de forma consciente, a cidadania.

A tentativa de equacionar a interação desses dois tipos de ensino trouxe transtornos de ordem prática e provocou inúmeros debates, tendo sido frequentes e intensas as polêmicas que envolvem a temática tecnologia *versus* humanismo. Problemas vários emergiram, contribuindo para desestimular a pretendida comunhão de interesses aparentemente opostos, destacando-se, entre outros, a excessiva especialização proposta para o aluno, o que limitaria a possibilidade de sua inserção no mercado de trabalho, aspecto que adquire relevância

porque a concepção que permeia a ideia da formação para o mercado de trabalho pressupõe “a divisão entre os que concebem e controlam o processo de trabalho e aqueles que o executam” (SAVIANI, 2003).

As dificuldades para a implantação do modelo educativo em obediência aos ditames da Lei nº 5.692/71 eram de ordens variadas, como, por exemplo, tratamento de cunho eminentemente acadêmico dispensado às questões didáticas e pedagógicas, falta de esclarecimento dos professores sobre a concepção e os objetivos a serem alcançados, o que resultava em pouco ou nenhum comprometimento dos docentes em relação às diretrizes educacionais propostas, assim como carência de professores qualificados para ministrar disciplinas até então inexistentes nos programas de curso. A esses fatores, é possível acrescentar a falta de apoio da sociedade, que continuava a perceber o ensino secundário como preparatório para a universidade (OLIVEIRA, 1981).

Dante do fracasso em generalizar o ensino profissional, a Lei nº. 7.044, de outubro de 1982, extinguiu essa obrigatoriedade, que, de fato, jamais se concretizou, e restabeleceu a modalidade de educação geral. Segundo Kuenzer (2001), essa lei normatizou o arranjo conservador que já vinha sendo praticado nas escolas, reafirmando a concepção do ensino médio para os já socialmente incluídos nos benefícios da produção e do consumo.

Desse modo, apesar de todas as iniciativas no sentido de modificar seu status, a educação profissional de nível médio foi e continua sendo percebida pela sociedade como uma forma de incluir no mercado de trabalho pessoas com menor capacidade social, econômica e intelectual para dar prosseguimento a seus estudos. É bem verdade que a alta frequência de egredidos de escolas técnicas nos bancos escolares de cursos superiores demonstra que esses alunos têm obtido êxito nos exames vestibulares, o que, contudo, não contribui para a desconstrução do preconceito, sendo os casos de sucesso acadêmico atribuídos a exceções.

Também deve ficar claro que o processo de profissionalização do técnico contribui para a afirmação das diferenças, uma vez que é considerado incompleto quando comparado ao dos profissionais de nível superior. Segundo Machado (1996, p. 10), há uma inegável confluência na literatura sobre como definir uma profissão. A autora compila etapas básicas do processo de profissionalização descrito por vários autores, o que pode ser resumido da seguinte forma:

- 1) os indivíduos passam a praticar ocupação em tempo integral e a viver da remuneração dela proveniente;
- 2) a ocupação se torna uma vocação e uma identidade social importante, ou seja, uma vez profissional, raramente e só em casos extremos o indivíduo abandonará sua escolha;
- 3) surge alguma forma de organização a partir da mútua identificação de interesses distintamente corporativos;
- 4) elabora-se e sistematiza-se um corpo de conhecimento teórico complexo, a ser transmitido por escolas profissionais no curso de um aprendizado longo e, por vezes, difícil;
- 5) a atividade deve ter forte orientação para a prestação de serviço, com firme propósito de servir à coletividade; e
- 6) a ocupação adquire autonomia, ou seja, o profissional passa a ser a autoridade suprema em seu campo, sem interferências de outras autoridades.

Uma análise rápida dessas etapas permite afirmar que qualquer profissão técnica, tendo em vista sua subordinação à profissão de nível superior, não é capaz de cumprir todas as etapas dessa escala de profissionalização, estando, em todos os casos, numa situação ‘menos profissionalizada’ do que a profissão de nível superior a que está subordinada.

Também na legislação em vigor, que preconiza um ensino médio paralelo à educação profissional, é

possível encontrar objetivos e finalidades sem proposições claramente definidas, com consequências diretas sobre a formação dos alunos dos cursos integrados, concomitantes ou sequenciais da educação profissional. Prevalecem ambiguidades que remontam à LDB nº. 4.024/61, instruindo a “formação do adolescente”, e à Lei nº. 5.692/71, que procurou transformar as escolas de segundo grau em profissionalizantes (GARCIA; LIMA FILHO, 2004).

Algumas contradições e distorções persistem na educação de nível médio, mormente pelo fato de que o ensino médio fica como espécie de nó, no centro da contradição: é profissionalizante, mas não é; é propedêutico, mas não é. Constitui, portanto, o problema nevrálgico das reformas de ensino, que revela em maior medida o caráter de abertura ou de restrição do sistema educacional de cada nação. Não existe clareza a respeito dos seus objetivos e métodos e geralmente costuma ser o último nível de ensino a ser organizado (MACHADO, 1989).

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO: CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA

Pode-se dizer que a educação profissional é reveladora de um sistema, de uma visão de mundo e de sociedade, do modo de apreensão da realidade em determinado tempo histórico e suas circunstâncias. Pode-se, mediante sua análise, identificar, quantificar e qualificar princípios que informam ações educativas que assumem configurações bem definidas em cada momento social, numa ambiência em contínuo processo de transformação.

No que tange, especificamente, à formação para o trabalho em nosso país, as primeiras iniciativas foram realizadas em virtude do desenvolvimento da economia

de subsistência e, particularmente, do incremento à atividade extrativa de minérios em Minas Gerais. Os primeiros núcleos de formação profissional de artesãos e demais ofícios, as escolas-oficina, foram sediados nos colégios e residências dos padres jesuítas, que vinham da Europa para aqui praticar suas especialidades profissionais e, simultaneamente, ensinar seus misteres a escravos e homens livres pobres que demonstrassem habilidades para a aprendizagem (MANFREDI, 2002).

A par da atividade nas escolas-oficina e da catequese dos indígenas, os jesuítas tiveram influência decisiva na construção de escolas para setores da elite do Brasil-Colônia. Nesses colégios, os jesuítas se dedicavam, sobretudo, à formação de indivíduos para ocupar posições de direção e de mando na sociedade, dando prioridade aos ensinamentos humanísticos. Como consequência, o ensino científico-profissional pouco evoluía, por estar associado ao trabalho manual, tido como próprio para os escravos (OLIVEIRA, 1981:107). O sistema escravocrata, vigente à época, imprimia caráter subalterno às atividades físicas e manuais, favorecendo o preconceito contra tal modalidade de trabalho. Assim,

numa sociedade onde o trabalho manual era destinado aos escravos (índios e africanos), essa característica ‘contaminava’ todas as atividades que lhes eram destinadas, as que exigiam esforço físico ou a utilização das mãos (CUNHA, 2000, p. 90).

A transferência da Corte portuguesa para o Brasil, em 1808, promoveu transformações sociais, econômicas e políticas de grande significado. Do ponto de vista da formação profissional, a constituição de corporações de ofícios, criadas e mantidas por sociedades particulares e com subsídios do Estado, “representa o marco inicial da organização do trabalho no país e da aprendizagem, embora assistemática, de artífices naturais da terra” (FONTES, 1985). Esses estabelecimentos tinham como características principais de aprendizagem seu aspecto

assistencialista de atendimento aos órfãos e desvalidos e sua recusa em ensinar a negros e escravos. Eram vistas mais como “obras de caridade” do que como “obras de instrução pública” (MANFREDI, 2002).

Durante a Primeira República, a educação profissional adquiriu nova configuração sem, contudo, perder o caráter assistencialista. Nessa época, foram criadas nas capitais dos estados escolas de aprendizes e artífices para o ensino profissional gratuito, destinado aos “filhos dos desfavorecidos da fortuna”.

Os aspectos de cunho social e caritativo marcaram indelevelmente os primórdios da educação técnica no Brasil, a qual foi instituída porque o aumento constante da população das cidades exigia que se facilitassem às classes proletárias os meios de vencer as dificuldades sempre crescentes na luta pela existência e, para isso, tornava-se necessário não só habilitar os filhos dos desfavorecidos da fortuna com o indispensável preparo técnico e intelectual, como fazê-los adquirir hábitos de trabalho profícuo que os afastassem da ociosidade, da escola do vício e do crime (BRASIL, Decreto nº 7.566, de 1909).

Até a década de 1930, o Brasil era um país agro-exportador que tinha por base econômica a indústria açucareira e, posteriormente, a do café. Sua política “coronelista” mantinha as oligarquias rurais e era um dos principais pontos de apoio da classe dominante. Essa estrutura social, de sólida formação econômica, minimizava o papel do Estado, que muitas vezes não tinha a força política necessária para promover intervenções diretas nas unidades federadas. Nesse cenário, predominava uma concepção de ensino elitista, voltada para a área de letras e humanidades. É bem verdade, contudo, que a iniciativa do presidente Nilo Peçanha no sentido de criar uma rede de escolas federais de aprendizes e artífices contou com o total apoio dos positivistas, que defendiam a expansão desse tipo de ensino para toda a população. Esse apoio, contudo, não impediu que

essas escolas terminassem por se destinar, também, “aos pobres e desvalidos da sorte”.

Por outro lado, observa-se que os poucos esforços para dar ao ensino profissionalizante um tratamento sistematizado, como a profissionalização obrigatória, não obtiveram sucesso, em virtude, sobretudo, do baixo nível educacional requerido para a população em uma economia no estilo agroexportador. Assim, a política educacional brasileira do início do século XX

acaba por admitir que afinal o Brasil é ainda um imenso território a ser explorado, que muitas mercadorias estão lá, praticamente prontas, dadas, nos pastos, nas florestas, nas águas, nas abundantes e férteis terras. Ora, essas mercadorias precisam apenas de braços fortes e musculosos, de puras energias humanas e de elementares instrumentos técnicos que simplesmente as extraiam, limpando-as do cascalho, cortando, colhendo, pescando. A inteligência e a criatividade necessárias para essas operações são mínimas. A atividade produtiva extrativista nos deu o metal, a borracha, o café, o gado, o açúcar, a laranja, a soja etc. A atividade extrativista, portanto, é responsável por um clima cultural contraposto ao espírito industrialista, para o qual – ao contrário – as mercadorias estão, em primeiro lugar, na cabeça do homem, na criatividade, na inteligência formada, logo nas boas escolas (NOSELLA, 2002).

Com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, na década de 1930, e o consequente lançamento de seu projeto industrial, o panorama do sistema de educação profissional sofreu modificações, aumentando a demanda para a formação de operários especializados e de quadros técnicos intermediários. Assim, em 1937, com a reforma do Ministério da Educação e Saúde Pública – que passa a se chamar Ministério da Educação e Saúde –, são criadas a Superintendência de Ensino Profissional e a Divisão do Ensino Industrial. Extinguem-se as escolas de aprendizes e artífices, bem como a Escola de Artes e Ofícios Venceslau Brás, sendo criados, em seus lugares,

liceus profissionais e o Liceu Nacional, que mais tarde passou a se chamar Escola Técnica Nacional.

Na Constituição de 1937, insere-se um artigo estabelecendo a obrigatoriedade da organização de escolas de aprendizes por parte de empresas e de sindicatos. Mérito dessa Constituição foi a eliminação do estigma que fazia referência, sempre, ao ensino profissionalizante como destinado aos desfavorecidos da fortuna ou desvalidos da sorte. No período do Estado Novo, o governo adotou o ensino profissional como prioridade, visando promover o valor do trabalho por meio da construção do homem novo, capaz de se adequar à organização científica do trabalho. Esse princípio se ajustava à inspiração taylorista-fordista de organização do trabalho na produção industrial (KIRSCHNER, 1993).

Na década de 1940, busca-se a adesão dos industriais para a manutenção de cursos profissionais para os operários. Nesse período, promulga-se um decreto determinando que os cursos poderiam ser instalados como unidades autônomas nas indústrias ou em suas proximidades, podendo ser mantidos em comum por vários estabelecimentos industriais. Outras duas iniciativas importantes ocorrem, contribuindo para a adequação da formação profissional às tendências de parcialização do processo de trabalho: em 1942, criou-se o Serviço Nacional da Aprendizagem (SENAI), que liberou as indústrias e os sindicatos da responsabilidade exclusiva da educação profissional de seus operários, e foi promulgada a Lei Orgânica do Ensino Industrial, que, além de estabelecer as bases da organização desse tipo de ensino, equiparou-o ao ensino secundário e introduziu a orientação educacional nas escolas de formação profissional.

A década de 1950 teve o mérito de promover, por meio de inúmeros atos legais, o ajuste e a reformulação da estrutura educacional erigida durante o período autoritário do Estado Novo. Quando a Lei de Diretrizes e Bases (Lei nº. 4.024) foi, finalmente, promulgada

em 1961, muitas de suas inovações já haviam sido implementadas, como, por exemplo, a equivalência entre os diversos ramos de ensino médio e a legislação sobre cursos de aprendizagem em cooperação com empresas.

No início da década de 1960, acentua-se a internacionalização da economia, com forte participação do Estado, que passou a ocupar posição central no processo de modernização. Teve início o Plano de Metas do presidente Juscelino Kubitschek, que contribuiria para mudar a feição do país ao fazer com que deixasse de ser uma nação agrária para se tornar um país industrial, com a formação técnico-profissional passando a ser vista como sinônimo de modernização. A transformação político-institucional ocorrida em 1964 acentuou, ainda mais, a tendência de racionalidade via concepção tecnicista da educação.⁴

Para completar o ciclo de iniciativas do período denominado de Tendência Tecnicista, o Congresso Nacional aprovou e o governo promulgou, em 1971, a Lei nº. 5.692, que instituiu o ensino de segundo grau de profissionalização compulsória. A principal justificativa dos que defendiam a generalização da formação profissional nesse nível de ensino era a expectativa de crescimento da demanda por técnicos de nível médio, surgida em decorrência do crescimento econômico acelerado do período denominado de Milagre Econômico, entre os anos de 1968 e 1974 (LIMA, 1996). Entretanto, seja pela falta de estrutura para a implantação de cursos técnicos, seja pela falta de pessoal docente habilitado para lecionar nesses cursos, essa medida nunca chegou, de fato, a ser amplamente adotada, e foi alvo de inúmeras

críticas e de fortes controvérsias, a tal ponto que, alguns anos depois, o governo editou outro instrumento legal, eliminando o caráter compulsório da profissionalização.⁵

O desenvolvimento industrial acelerado do país e a necessidade de formar especialistas e técnicos de diversos níveis deram nova perspectiva à esfera da educação profissional. Como consequência, em 1978 o governo deu início à política de transformação de algumas escolas técnicas em Centros Federais de Educação Tecnológica (CEFETS), tendo por objetivo:

- 1) ministrar ensino de graduação e pós-graduação, com vistas à formação de professores e especialistas para o ensino de segundo grau e de formação de tecnólogos;
- 2) ministrar ensino de segundo grau, com vistas à formação de auxiliares e técnicos industriais;
- 3) promover cursos de extensão, aperfeiçoamento e especialização, objetivando a atualização profissional na área industrial;
- 4) realizar pesquisas na área técnica industrial, estimulando atividades criadoras e estendendo seus benefícios à comunidade, mediante cursos e serviços.

Mesmo admitindo que as iniciativas desse período histórico (1930-1990) no campo do ensino médio, propedêutico ou profissionalizante, tenham tido seus méritos, Nosella (2002) analisa que serviram mais para disfarçar, pela equivalência burocrática, a dicotomia entre essas duas modalidades de ensino e atender, de forma fraudulenta, às aspirações dos trabalhadores por maior nível de escolaridade e por melhor formação profissional. Segundo ele, a política educacional então vigente

⁴ Surgiram, nessa época, várias iniciativas no campo da educação profissionalizante: ginásios industriais (1961); ginásios orientados ao trabalho (1963); Programa Intensivo de Preparação de Mão de Obra Industrial (1963); Centro de Educação Técnica, no Rio de Janeiro e em São Paulo (1964); Fundação de Educação para o Trabalho de Minas Gerais (1965); Centro de Educação Técnica do Nordeste (1967); Centro de Educação Técnica da Amazônia (1968); Centro de Educação Técnica de Brasília (1968); Centro de Educação Técnica da Bahia (1968); Programa de Expansão e Melhoria do Ensino Médio (1968); Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza (1969); Fundação Centro Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal para a Formação Profissional (1969) (KIRSCHNER, 1993:12).

⁵ Lei nº. 7.044, de 18 de outubro de 1982. Altera dispositivos da Lei nº. 5.692, de 11 de agosto de 1971, referentes à profissionalização do ensino de segundo grau.

democratizou a clientela escolar, mas deformou o método, rebaixando a qualidade; ensinou ao povo o caminho da escola, porém não lhe deu uma verdadeira escola. Criou pobres cursos supletivos, cursos noturnos de “faz-de-conta”, faculdades de beira de estrada, quatro ou até cinco turnos diários, superlotação de salas, má formação profissional, [...] tudo para “cicatrizar” a dolorosíssima ferida de uma sociedade desigual, que para uns oferece a escola, para outros “faz de conta” que oferece (NOSELLA, 2002, p.179).

Na década de 1990, a demanda por vagas em escolas técnicas federais e CEFETS aumentou significativamente, o que, para alguns pesquisadores em educação, foi “um reconhecimento público de sua qualidade e de sua relevância social (...) que tem levado a uma maior elitaização dessas escolas, sendo vistas, cada vez mais, como trampolim ao ensino superior” (KIRSCHNER, 1993).

Contudo, esse duplo papel das escolas federais e dos CEFETS, no sentido de preparar os estudantes para o mundo do trabalho, a fim de seguir os estudos em nível universitário, estaria contribuindo para diminuir as oportunidades às novas ocupações e promovendo um afastamento progressivo entre as escolas técnicas e as preocupações de trabalhadores e empresários, no tocante à formação profissional (MORALES; MOE, 1990).

O dilema que se instala entre sociedade – empresários e políticos – pode ser assim resumido:

Se por um lado essa nova função social – a de permitir o ingresso à universidade de indivíduos que não tiveram acesso a boas escolas de nível médio – pode ser considerada positiva, por outro não estaria prejudicando sua função maior, que é a de formar técnicos de nível médio para os setores produtivos? (KIRSCHNER, 1993).

O principal problema prático causado por esse dilema é a falta de respaldo das instituições públicas de ensino técnico-profissionalizante para a manutenção de seus altos gastos (KIRSCHNER, 1993). Esse é um dos argumentos utilizados por empresários e políticos para

subsidiar o discurso de que essas escolas federais e os CEFETS não atendem à sua função social primordial e que estariam voltadas para as elites, formando profissionais que, em grande parte, não chegam a ingressar no mercado de trabalho. Desse modo, argumentam os críticos, uma escola de formação geral seria menos onerosa aos cofres públicos e poderia atender às camadas mais populares, já que os filhos das elites não buscam, em geral, estudar em escolas públicas de ensino médio.

Se considerada a experiência acumulada em outros países sobre a formação de pessoal técnico de nível médio, observa-se que a questão tem sido abordada e enfrentada basicamente de três formas: primeira, como um sistema com duas vias independentes e não equivalentes – uma delas que prepara o aluno para dar continuidade a seus estudos em nível mais elevado e outra que o prepara para o ingresso no mercado de trabalho; segunda, como um sistema único que oferece grande variedade de cursos, todos permitindo que os alunos prossigam os estudos em nível mais avançado; terceira, como um sistema que propõe uma educação geral com ênfase na ciência e na tecnologia e uma educação profissional complementar. Nos termos da legislação vigente, o Brasil se aproxima mais dessa terceira forma, pois

rompeu com um modelo que preconizava a solução conciliatória entre os objetivos de preparar para o prosseguimento de estudos e a formação para o trabalho (BERGER FILHO, 1999),

e instituiu uma educação profissional complementar ao ensino médio, ao mesmo tempo terminal e propedêutico.

Entretanto, após a revogação do Decreto nº. 2.208/97 e em obediência ao disposto no Decreto nº. 5.154/04, a educação profissional pode articular-se, de forma integrada, com o ensino médio. Como o que ocorreu no passado com a Lei nº. 7.044, de 18/10/1982, esse último decreto objetivou apenas normatizar uma

situação que já vinha ocorrendo na prática, mas deixou de considerar aspectos importantes para a superação da problemática da dualidade do ensino médio, como um enfoque mais incisivo em relação à dimensão da formação humanística, plena e omnilateral do indivíduo.¹

A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE

Para subsidiar as escolas na construção dos currículos, na elaboração dos perfis profissionais de conclusão e no planejamento dos cursos, o Conselho Nacional de Educação estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (Resolução CNE/CEB nº. 04/1999), definindo, ademais, a organização da educação profissional em vinte áreas profissionais: Agropecuária, Artes, Comércio, Comunicação, Construção Civil, Design, Geomática, Gestão, Imagem Pessoal, Indústria, Informática, Lazer e Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Mineração, Química, Recursos Pesqueiros, Saúde, Telecomunicações, Transportes, Turismo e Hospitalidade.²

De acordo com o Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos Anísio Teixeira (INEP/MEC), entre os cursos técnicos da Educação Profissional, a área de saúde congrega o maior número de alunos e tem apresentado crescimento progressivo no número de matriculados (INEP, 2005). No primeiro Censo da Educação Profissional, realizado em 1999, 11,44% do total estavam

situados na área da saúde; em 2003 correspondiam a 29,5% e, em 2004, alcançaram 32,55%.

Tendo em vista a complexidade do campo da saúde, do universo de conhecimentos, saberes e práticas que a área reúne, concluiu-se que um processo de trabalho único e comum seria inviável e de difícil aplicação na formação de nível técnico. Assim, para a saúde, são preconizadas pelos Referenciais Curriculares Nacionais as seguintes subáreas: Biodiagnóstico, Enfermagem, Estética, Farmácia, Hemoterapia, Nutrição e Dietética, Radiologia e Diagnóstico por Imagem em Saúde, Reabilitação, Saúde Bucal, Saúde Visual, Saúde e Segurança do Trabalho, Vigilância Sanitária.

Dentre essas subáreas, destaca-se, quantitativamente, a de Enfermagem, correspondendo, em 2003, a 20,45% do total de matrículas e a 28,17% do total de concluintes da educação profissional, e a 68,54% das matrículas e 74,48% dos concluintes da área da saúde (INEP, 2004).

A identidade profissional do técnico em enfermagem e, em maior ou menor grau, de todos os outros técnicos e alguns profissionais de nível superior em saúde sofre uma grande influência da medicina, na qualidade de profissão paradigmática em seu processo de profissionalização. Assim, o corpo de conhecimento teórico das profissões técnicas em saúde pode, de forma geral, ser considerado “uma instrução médica de baixo nível”, o que justifica, socialmente, toda a equipe estar subordinada ao comando médico (GOODE apud FREIDSON, 1978).

Embora a qualificação de trabalhadores de nível médio seja frequentemente apontada como elemento

¹ O Decreto nº. 2.208/1997 dava que o Ministério da Educação, ouvido o Conselho Nacional de Educação (CNE), estabeleceria as Diretrizes Curriculares Nacionais. Sua revogação pelo Decreto nº. 5.154/2004, entretanto, não trouxe alterações profundas ao funcionamento dos cursos, visto que o novo decreto, em seu artigo 1º, atrela todo o restante do texto à obediência às diretrizes curriculares nacionais definidas pelo CNE e que não passaram por reformulações.

² O Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Educação definiram que as matrizes seriam divulgadas pelo MEC na forma de Referenciais Curriculares. Dessa forma, foram lançados, em 2000, 21 volumes de Referenciais Curriculares Nacionais de Nível Técnico, sendo que um volume corresponde à Introdução e cada um dos demais a uma área profissional

fundamental para o desenvolvimento, no setor da saúde somente passou a ocorrer de maneira sistematizada e regular a partir da promulgação da Lei nº. 4.024/61. Até então, o ensino técnico, organizado com base nas Leis Orgânicas do Ensino, era restrito à formação de quadros profissionais para a indústria, o comércio, a agricultura e o magistério.

Desde o final da década de 1950, questões ligadas à área social passaram a integrar com maior ênfase o conjunto de preocupações de estudiosos, técnicos, planejadores e dirigentes. Inspirado na teoria do capital humano, esse movimento apoiava-se no entendimento de que os gastos com os setores sociais (incluindo saúde e educação) devem ser contabilizados como investimentos rentáveis, a serem assumidos pelo Estado.³ Por essa ótica, os gastos com saúde, por exemplo, teriam retorno inquestionável, em razão do aumento de produtividade proporcionado por um trabalhador saudável, assim como o investimento em educação – em especial educação profissional – representaria melhor adequação da mão de obra ao mercado de trabalho e consequente elevação do poder aquisitivo desses trabalhadores (TEIXEIRA, 1982; FRIGOTTO; 1988; OLIVEIRA, 2001).

A concepção tecnicista de educação e a apologia à tecnologia, marcas do último terço do século XX, tiveram como base e horizonte

o fetiche e a mistificação do mercado de trabalho. [...] O modelo de desenvolvimento econômico implantado em nosso país no pós-64, particularmente o modelo de assistência à saúde que propiciou a capitalização da medicina e a reorganização do processo de trabalho, dispensava e dispensou mão de obra qualificada, tanto no setor de saúde como em outros setores da economia (LIMA, 1996).

A substituição de postos de trabalho por máquinas, a “taylorização” das indústrias e a industrialização da agricultura promoveram queda na capacidade de o mercado absorver trabalhadores com qualquer nível de formação. Mesmo o setor terciário, constantemente visto como capaz de absorver a mão de obra residual, o que Roggero (1998) denominou de função acauteladora, não conseguiu incorporar toda a oferta excedente. No período denominado de Milagre Econômico Brasileiro (1968-1973), os serviços de saúde destacaram-se como importante polo de absorção de pessoal, porém, segundo Lima (1996), absorção diretamente associada à ampliação da oferta de serviços médico-hospitalares e concentrada em duas categorias de trabalhadores: os atendentes de enfermagem e os médicos (MÉDICI, 1987).

Sob o argumento da necessidade de pessoal técnico de nível médio com domínio de tecnologias mais recentes, a formação profissional tem privilegiado a atualização de técnicas e de metodologias tidas como imprescindíveis ao exercício da profissão. Porém, apesar da existência de escolas que objetivam formar profissionais capazes de enfrentar e lidar com as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho, persiste ainda um ensino de visão taylorista, que pretende atender às necessidades imediatas do mercado. Com isso, ainda existe uma grande quantidade de cursos que, sob a denominação de atualização ou aperfeiçoamento, propõe-se a preparar, em curto prazo e a baixos custos, profissionais para “consumo imediato”, sabendo-se, de antemão, que, em pouco tempo, os conhecimentos adquiridos estarão obsoletos.

No capitalismo contemporâneo, em que a evolução tecnológica vem ocasionando a substituição da divisão taylorista de tarefas por atividades integradas, realizadas em equipe ou individualmente, as mudanças

³ Sobre a teoria do capital humano, ver Oliveira, R. “A teoria do capital humano e a educação profissional brasileira”, *Boletim Técnico do Senac*, 27(1): 27-37, Rio Janeiro, 2001.

têm repercussão direta no perfil profissional do trabalhador, tornando necessário que, em sua formação, adquira o domínio de técnicas diversificadas para atuar (e sobreviver) num contexto que faz emergir novas habilidades e suprime outras (AMÂNCIO FILHO, 1997, p. 17)

Nessas circunstâncias, passa-se a exigir do trabalhador uma visão ampla do processo de trabalho em que está inserido, capacidade de diagnóstico, de solucionar problemas, de decidir, de intervir no processo de trabalho, de atuar em equipe, de autoorganizar-se. Essas exigências remetem para a educação a responsabilidade de propiciar ao aluno o domínio dos códigos instrumentais de linguagem, matemática e conteúdos científicos (MELLO, 1991).

Na área de saúde, novos itinerários formativos assumem importância crucial, pois, para além das questões suscitadas em todas as áreas pela incorporação de novas tecnologias, o trabalho em saúde se caracteriza pelas incertezas associadas à imprevisibilidade das demandas, pela descontinuidade e pela necessária disponibilidade para atender a todos os casos, inclusive àqueles excepcionais. Entretanto, a formação do profissional em saúde é muitas vezes criticada, por privilegiar uma visão técnico-científica do ‘fazer’ em saúde:

Todos sabemos das críticas de que são alvo os hospitais-escola, por exemplo. Nesse processo de ensino com sua pré-seleção de casos e patologias, de regra com base em interesse de pesquisa científica do tipo biomédica, ocorre um aprendizado que, em termos práticos, todos os profissionais sabem não corresponder a situações equiparáveis do cotidiano assistencial. Centra-se a aprendizagem na vivência do mais difícil, do ponto de vista científico, como se isto recobrisse a gama de situações do dia a dia do trabalho, que quase sempre, ao contrário, corresponde a demandas mais simples, do mesmo ponto de vista científico (SCHRAIBER; MACHADO, 1997).

O trabalho em saúde apresenta características e especificidades peculiares, com as decisões tomadas implicando

a articulação de saberes que provêm de instâncias diversas, tais como da formação geral (conhecimento científico), da formação profissional (conhecimento técnico) e da experiência de trabalho e social (qualificações tácitas) e que são mediadas pela dimensão técnico-política (DELUIZ, 1997).

Essas diferenciações tiram do trabalho em saúde uma lógica rígida (como, por exemplo, a racionalidade dos critérios da produção material), tornando difícil sua normatização técnica e a avaliação de sua produtividade, o que contribui para configurar a área da formação profissional em saúde como *locus* privilegiado de estudo do sujeito em formação, de sua visão de mundo, de suas motivações, de suas reações às novas realidades e, até mesmo, de suas expectativas quanto ao futuro.

Sob esse prisma, as demandas para a formação humana excedem as propostas pedagógicas tradicionais. Pretende-se uma superação da escola que ensina a pensar mediante técnicas teórico-metodológicas e a fazer pela memorização de ações e do desenvolvimento de habilidades psicofísicas, acolhendo-se a educação tecnológica como possível síntese entre ciência e trabalho. Nesse viés, trata-se de compreender a proposta curricular da formação profissional em saúde como um campo ideológico em que o entendimento sobre o que ensinar está atrelado às relações de poder e à luta por determinado tipo de sociedade. A idealização possível entre poder e currículo, ou sobre a hierarquização de conhecimentos nos planos pedagógicos curriculares, inexiste. O currículo é construído no conflito e nas contradições oriundas da construção social e histórica do conhecimento, passando sempre pelas concepções hegemônicas do mundo do trabalho (PEREIRA, 2004).

Por outro lado, se tomadas como exemplo as Escolas de Formação Técnica do Sistema Único de Saúde, a fragmentação dos conteúdos é atribuída ao currículo por disciplinas, exigência da legislação atual de ensino:

Cada disciplina nos oferece uma imagem particular da realidade, isto é, daquela parte que entra no ângulo de seu objetivo. (...) As técnicas e saberes foram se especializando e circunscrevendo âmbitos específicos. Desse modo, surge o conceito de disciplina com um objeto de estudo, marcos conceituais, métodos e procedimentos específicos (SANTOMÉ, 1998).

Ocorre que esse tipo de organização é incompatível para a articulação entre conhecimentos que exigem reflexão e ações desenvolvidas pelos trabalhadores, além de certa empatia na lida com os pacientes, por exemplo. Dificultam ou mesmo impedem a construção de propostas que possibilitem ao indivíduo apreender o que é o “fazer em saúde”, atos que, muitas vezes, solicitam do trabalhador um fazer-pensar-sentir. Nessa concepção fragmentadora, segundo Pereira (2004, p. 126), o processo de aprendizagem em saúde ficaria comprometido, desde as escolas técnicas até os estágios curriculares, independentemente da formação de profissionais de ensino que concorressem para o incremento dessa aprendizagem. Da literatura concernente ao currículo por disciplinas, depreende-se que pode ser ineficiente e ineficaz para a formação do profissional de saúde.

Também é verdade que, se inovações tecnológicas e de organização do trabalho vêm ocorrendo com maior intensidade na área industrial, o setor de serviços não se encontra alheio às mudanças. Como consequência, no setor de saúde é possível verificar alguns sinais:

- 1) alta taxa de incorporação tecnológica;
- 2) índices elevados de obsolescência tecnológica;
- 3) aumento nos níveis de qualificação dos trabalhadores;

- 4) necessidade de novas qualificações, frequentes no processo de educação permanente para a mão de obra empregada;
- 5) rotatividade da mão de obra;
- 6) diminuição da remuneração;
- 7) precarização dos vínculos de trabalho.

No outro extremo, busca-se incentivar e fortalecer ações que envolvem as áreas da humanização do atendimento, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da internação domiciliar etc.

Em decorrência, observa-se que a sistemática que rege a aprendizagem no âmbito da saúde não se restringe às etapas de formação tradicional, seja nas escolas e cursos técnicos, seja nos estágios curriculares. Espera-se do trabalhador da saúde uma mentalidade condizente com as transformações que se verificam na esfera produtiva. O esforço individual – cujo nível de exigência excede as configurações pedagógicas – está subsumido pelos modelos políticos e econômicos e aos modernos avanços científicos. Por outro lado, a dinâmica ensino/aprendizagem está, ainda, comprometida pelas próprias características das tendências curriculares:

Pensar os currículos voltados à formação técnica em saúde significa ter como premissa que as práticas curriculares são marcadas tanto pela historicidade da construção do próprio conhecimento como pelo pensamento hegemônico no mundo do trabalho. Ou seja, trata-se de um processo conflituoso e contraditório, em que as exigências de uma formação humanista e crítica entram em constante choque com as exigências pragmáticas e objetivas do conhecimento definido pela divisão social do trabalhoposta pelo capitalismo (PEREIRA, 2004).

É necessário ter clareza em relação aos aspectos que marcam a formação profissional de nível médio em saúde, para orientarmos cursos e currículos capazes de superar a visão “hospitalocêntrica” e curativa da saúde,

na ponta do processo, e a visão ‘tecnocentrada’ do processo pedagógico, em sua origem. Três são os eixos a serem levados em conta: o eixo social, o eixo histórico e o eixo profissional. Nas três dimensões, há características que marcam, de forma indelével, a educação profissional no Brasil:

1) a profissão de nível médio não conta com o mesmo reconhecimento social que a de nível superior, sendo associada a salários mais baixos;

2) historicamente, a formação técnica foi associada aos negros, escravos, pobres e desvalidos;

3) com um processo de profissionalização incompleto, os técnicos em saúde não têm autonomia profissional, e sua atividade é orientada e subordinada a um profissional de nível superior.

No sentido de superar a sensação de desvantagem ou desprestígio associada por alunos, egressos e pela sociedade, de forma geral, às profissões de nível médio, o ensino baseado na realidade do processo de trabalho em saúde pode ser importante para a incorporação da noção de ‘equipe de saúde’, principalmente por aquelas profissões com maior grau de autonomia. O fortalecimento institucional, nas escolas e nos serviços, da ideia de equipe multiprofissional em saúde pode ser um passo importante para maior valorização social das profissões não médicas, em especial aquelas de nível médio em saúde.

Por fim, cabe salientar que, no Brasil, convivem tipos diferentes de educação profissional em saúde. Juntamente com um ensino técnico-profissional de duração mais longa, em escolas técnicas que visam formar profissionais capazes de enfrentar as mudanças que ainda surgirão, mantém-se um ensino de visão taylorista, que objetiva atender às necessidades imediatas do mercado. Com isso, continua a existir uma miríade de cursos de atualização, aperfeiçoamento ou outra denominação equivalente, com o intuito de preparar rapidamente e a

baixo custo o profissional, sabendo-se, de antemão, que em breve ele estará obsoleto e desempregado.

R E F E RÊNCIAS

AMÂNCIO FILHO, A. e situações da formação em saúde no Brasil, *Boletim Técnico do Senac*, Rio de Janeiro: Senac, v. 23, n. 3, 1997, p. 11-25.

BERGER FILHO, R. L. Educação profissional no Brasil: novos rumos, *Revista Iberoamericana de Educación*, Madri: OEI, n. 20, 1999, p. 87-105.

BRASIL. *Decreto n. 2.208, 17 de abril de 1997*. Regula o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

_____. *Decreto n. 5.154, 23 de julho de 2004*. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras provisões. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/dec5154_04.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2005.

_____. *Decreto nº. 7.566, 23 de setembro de 1909*. Cria nas capitais dos estados da República escolas de aprendizes artífices para o ensino profissional primário e gratuito. Disponível em: <<https://legislacao.planalto.gov.br/legislacao.nsf/fraWeb?OpenFrameSet&Frame=frmWeb2&Src=%2Flegislacao.nsf%2FpagInicio%3FOpenPage%26AutoFrame>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

_____. *Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961*. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

_____. Lei n. 5.692, de 11 de agosto de 1971. Fixa as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus e dá outras providências. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102368> 20 jul. 2005.

_____. Lei n. 7.044, de 18 de outubro de 1982. Altera dispositivos da Lei nº. 5.692, de 11 de agosto de 1971, referentes à profissionalização do ensino de 2º grau. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

_____. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em: 20 de jul. 2005.

_____. Resolução CNE/CEB n. 04/1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Diário Oficial da União, seção 1, p. 229. Brasília, 22/12/1999. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB04991.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2009.

CAMPOS, F. *Exposição de Motivos, Decreto n. 19.851, de 11 de abril de 1931*. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=40255>>. Acesso em: 20 jul. 2005.

CUNHA, L. A. O ensino industrial-manufatureiro no Brasil, *Revista Brasileira de Educação*, São Paulo, n. 14, mai./ago. 2000, p. 89-107.

DELUIZ, N. Neoliberalismo e educação: é possível uma educação que atenda os interesses dos trabalhadores?, *Tempo e Presença*, Rio de Janeiro, n. 293, mai./jun. 1997.

FONTES, L. B. *Formação profissional & produtividade do desempenho humano*. Rio de Janeiro: SENAI/DN, 1985.

FREIDSON, E. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago, London: The University of Chicago Press, 1978.

FRIGOTTO, G. *Formação profissional no 2º grau: em busca do horizonte da "educação" politécnica*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio, 1988.

GARCIA, N. M. D.; LIMA FILHO, D. L. Politecnia ou educação tecnológica: desafios ao ensino médio e à educação profissional. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 27, 2004, Caxambu (MG), 2004.

INEP. *Censo da educação profissional – 2003 (Banco de Dados)*. Brasília, 2004.

INEP. *Cursos técnicos no Censo Escolar de 2004*. Brasília: MEC/INEP/SETEC/DDPE, 2005. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/censo_comenta.pdf Acesso em 06 dez. 2009.

KIRSCHNER, T. C. *Modernização tecnológica e formação técnico-profissional no Brasil: impasses e desafios*. Rio de Janeiro: IPEA, 1993.

KUENZER, A. *Ensino médio: construindo uma proposta para os que vivem do trabalho*. São Paulo: Cortez, 2001.

LIMA, J. C. F. Tecnologias e a educação do trabalhador em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

MACHADO, L. R. de S. *Politecnia, escola unitária e trabalho*. São Paulo: Cortez, 1989.

MACHADO, M. H. *Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão*. [tese]. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1996.

MANFREDI, S. M. *Educação profissional no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2002.

MÉDICI, A. C. (org.). *Planejamento I: recursos humanos em saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: PEC, ENSP, Abrasco, 1987.

MELLO, G.N. Políticas públicas de educação. *Estudos Avançados*, São Paulo: Universidade de São Paulo, v. 5, n. 12, p. 7-47. 1991.

MORALES-GOMEZ, D. A.; MOE, J. A. *Perspectivas sobre educación y trabajo, Boletim Cinterfor*, Rio de Janeiro, n. 110, 1990.

NOSELLA, P. A escola brasileira no final de século: um balanço. In: FRIGOTTO, G. (org.). *Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século*. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

OLIVEIRA, D. *Profissionalização do ensino de 2º grau*. Rio de Janeiro: UERJ, 1981.

OLIVEIRA, R. de. A teoria do capital humano e a educação profissional brasileira, *Boletim Técnico do Senac*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 27-37, 2001.

PEREIRA, I. B. Tendências curriculares nas escolas de formação técnica para o SUS, *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Escola Politécnica de Saúde, v. 2, n. 1, mar.2004, p. 121-134.

ROGGERO, R. Uma leitura sobre o desenvolvimento do setor terciário no movimento contemporâneo do capital e suas relações com a qualificação profissional, *Boletim Técnico do Senac*, Rio de Janeiro: Senac, v. 24, n. 3,1998, p. 3-15.

SANTOMÉ, J. T. *Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SAVIANI, D. *O choque teórico da politecnia, Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, Escola Politécnica de Saúde, v. 1, n. 1, mar.2003, p.134-151,

SCHRAIBER, L.B.; MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde: uma nova agenda de estudos sobre recursos humanos em saúde no Brasil. In: FLEURY, S.(org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

TEIXEIRA, C.F. de S. *Educação e saúde: contribuição ao estudo da formação dos agentes das práticas de saúde do Brasil*. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1982.

Para Medir o Trabalho em Saúde no Brasil: Principais Fontes de Informações

*To Measure the Workforce Market in Health:
Main Information Sources*

Eliane dos Santos de Oliveira¹
 Maria Helena Machado²

¹ Nutricionista; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); pesquisadora colaboradora da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ.
 oliveira@ensp.fiocruz.br

² Socióloga; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); coordenadora da Estação de Trabalho – ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ; diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS(DEGERTS/MS).
 machado@ensp.fiocruz.br

RESUMO Este artigo analisa as principais fontes de dados nacionais – Censos, Pesquisa Nacional de Domicílios (PNAD), Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), CNES, RAIS e o CAGED – que podem ser utilizadas para medir e caracterizar o mercado de trabalho em saúde no Brasil, apresentando suas vantagens, fronteiras e limitações mais gerais. A discussão está focada por modalidades de pesquisas: domiciliares, estabelecimentos e registros administrativos. As autoras sugerem cautela ao comparar as bases entre si, tendo em vista que essas bases oficiais só pesquisam empregos formais, ou seja, deixam de fora os trabalhadores informais, desprecarizados e terceirizados existentes – uma parcela de cerca de 30% da força de trabalho em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Fontes de dados, força de trabalho, informações em saúde.

ABSTRACT This article analyzes the main sources of national data – Census, Home National Research (PNAD), Sanitary Medical Assistance Research (AMS), CNES, RAIS, and the CAGED – that can be used to measure and characterize the workforce market in health in Brazil, presenting their advantages, frontiers, and more general limitations. The discussion is focused on kinds of research: home, establishments, and administrative registers. The authors suggest to take care when comparing the bases among themselves as these official basis only research formal jobs, that is to say, they leave behind informal workers, unprecarios, and existing third-party – a sector of about 30% of the workforce in health.

KEYWORDS: Data sources, workforce, health information.

I N T R O D U Ç Ã O

O sistema de saúde no Brasil está organizado em dois segmentos: o público e o privado. O último é restrito àqueles que pagam por seus serviços, enquanto o primeiro (o Sistema Único de Saúde – SUS) garante assistência gratuita a todos os cidadãos brasileiros nos 5.564 municípios do país.

No subsistema privado, distinguem-se dois segmentos, ambos beneficiados por alguma forma de incentivo fiscal do governo: (1) o de planos e seguros de saúde, denominado sistema suplementar, de afiliação voluntária, não compulsória, financiado com recursos de empregadores e/ou de empregados (em casos de contratos empresariais coletivos) ou exclusivamente pelas famílias; e (2) o outro, de acesso direto a provedores privados por meio de pagamento no ato da prestação dos serviços assistenciais. É importante evidenciar a grandeza do sistema suplementar na atenção à saúde – abrange

QUADRO 1 – Sistema de Saúde – Brasil, 2005

	Nº. Abs
1. Sistema público	
Estabelecimentos	45.089
• Com internação	2.727
• Sem internação	41.260
• Apoio a diagnose e terapia	1.102
Leitos	148.966
Empregos	1.448.748
2. Sistema privado conveniado com o SUS	Nº. Abs
Estabelecimentos	9.766
• Com internação	3.066
• Sem internação	1.900
• Apoio a diagnose e terapia	4.800
Leitos	241.578
Empregos	610.398
3. Sistema privado não SUS	Nº. Abs
Estabelecimentos	22.149
• Com internação	1.362
• Sem internação	12.168
• Apoio a diagnose e terapia	8.619
Leitos	52.666
Empregos	507.547

FONTE: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 2005.

aproximadamente 42 milhões de beneficiários, ou seja, 22% da população brasileira (ANS, 2009).

Os dados do Quadro 1 permitem observar a forte participação do SUS na oferta de serviços de saúde no país. Considerando o conjunto de 77 mil estabelecimentos, – 45.089 (58,6%) eram públicos e 31.915 (41,4%) privados, destes últimos, 30,6% faziam parte da rede conveniada com o SUS. A distribuição dos leitos hospitalares e dos empregos segue o mesmo perfil, ou seja, quase 90% estão disponíveis para o SUS. Os dados apontam para uma maior concentração de empregos na esfera pública, o que está em consonância com os princípios de descentralização da gestão e municipalização dos serviços de saúde, tanto no âmbito da assistência hospitalar quanto na ambulatorial. Se somados com os empregos privados conveniados, verificamos que o SUS absorve, ao todo, 80% da força de trabalho do setor de saúde -- cerca de dois milhões de empregos.

CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE TRABALHO DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o mercado de trabalho em saúde apresenta traços estruturais mais ou menos interligados e diferentes dos demais setores, tendo em vista o fato de que o emprego em saúde depende substancialmente de investimentos privados e públicos, que são realizados de maneira mais lenta que nos demais restante dos setores da economia.

Em relação à aceleração da atividade econômica, o emprego em saúde não é tão elástico quanto o emprego em outros setores. Ou seja, quando a economia cresce, o emprego em saúde também se eleva, mas numa proporção menor. Por outro lado, quando a economia

desacelera, não ocorre uma queda importante no nível do emprego em saúde, dado que esse é um tipo de consumo essencial para a subsistência da população e também porque esses serviços estão muito associados à participação do Estado. De modo geral, o comportamento do emprego não é afetado de maneira muito profunda pelos ciclos econômicos de expansão e retração (NOGUEIRA, 2006).

Trata-se de um ramo dinâmico na contratação de mão de obra do setor terciário da economia brasileira; em 2005, possuía em torno de 3,9 milhões de postos de trabalho – o que representava 4,3% da população ocupada no país. Desse total, 2,6 milhões tinham vínculo formal, 690 mil eram postos de trabalho sem carteira assinada e 611 mil, autônomos (IBGE, Sistemas de Contas Nacionais, 2000-2005).

Outra característica da área é que a saúde absorve com muita rapidez as mudanças do mercado de trabalho. Tentativas de classificação de estabelecimentos, no sentido de criar grupos mais homogêneos da força de trabalho, têm-se mostrado uma tarefa nem sempre exitosa. O primeiro motivo é a falta de consenso, nacional e internacional, sobre definições e pontos de clivagem das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais. O segundo é que a própria natureza das mudanças tecnológicas, no interior dos serviços de saúde, recria com muita rapidez um novo perfil profissional – caracterizado pela polivalência e pela ampliação de competências específicas –, ao mesmo tempo em que os serviços de alta complexidade demandam cada vez mais profissionais com qualificações mais especializadas. Acrescentam-se, ainda, as novas modalidades de tratamento, como os cuidados domiciliares (os chamados *home care*) e o Programa Saúde da Família, que contribuem para a abertura de diversas formas de empregabilidade, como contratos de trabalho temporários e diversas modalidades de vínculos precários de trabalho (MACHADO, 2007).

Diante da complexidade do sistema de saúde brasileiro, discutir as principais fontes estatísticas e indicadores que medem a dinâmica do mercado formal de trabalho em saúde e apontar suas limitações é um desafio. As recentes transformações ocorridas no “processo de trabalho em saúde” têm provocado mudanças nos conceitos e no refinamento das bases de informações no que diz respeito aos códigos de ocupação, setor de atividade, perfis profissionais e da força de trabalho.¹ Dessa forma, o estudo ora apresentado se reveste de muita importância para os gestores estaduais e municipais de saúde, que desconhecem onde buscar as informações para sua área específica.

As dificuldades e resistências para lidar com informações não devem constituir entraves para o alcance de maior eficiência e eficácia das ações de saúde; como ocorre em qualquer outra área, o trabalho tem início com as habilidades de formatação dos dados, análise, tabulação e interpretação, tendo em vista os diferentes suportes, ou seja, os canais em que estão disponibilizados. O ponto de partida é o tratamento adequado das informações gerenciais, isto é, identificar a demanda de forma correta. Diagnosticadas as necessidades, devem-se definir a metodologia ou a estratégia de obtenção, que podem envolver a identificação das fontes estatísticas disponíveis e a aplicação de tecnologias necessárias e coerentes. Para esse fim, os recursos da Internet devem ser avaliados e utilizados de forma cuidadosa, pois nem sempre os sistemas de informação disponíveis na web fornecem a especificidade do que é demandado pelo gestor.

Uma série de pesquisas que captam a dinâmica de trabalho na saúde éposta à disposição do público e, em

geral, executada e desenvolvida por grandes instituições de pesquisa do país, quais sejam: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério de Educação e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde, entre outras.

Este artigo é um instrumento descritivo das principais fontes de informações disponíveis capazes de subsidiar estudos sobre o mercado de trabalho em saúde. A busca consistiu em identificar as principais fontes provenientes de pesquisas domiciliares, pesquisas em estabelecimentos e de registros administrativos, sem a pretensão de detalhar toda a metodologia e os processos envolvidos na realização dessas pesquisas. Com o objetivo de esclarecer as características atuais, as vantagens e as limitações de cada uma das bases de dados existentes e seus pontos de convergência e divergência, de maneira clara e acessível para que, cada vez mais, gestores e o público em geral tenham acesso e capacidade para interpretar e utilizar as informações disponíveis sobre mercado de trabalho em saúde.

ESTATÍSTICAS DOMICILIARES E ESTATÍSTICAS POR ESTABELECIMENTOS NA ÁREA DA SAÚDE

As ‘estatísticas domiciliares’ são aquelas em que a unidade de coleta é o domicílio. Elas podem ser levantadas para o universo ou para uma parte desse universo,

¹ Cabe distinguir o conceito de “profissionais de saúde” e de “força de trabalho”. Consideram-se profissionais de saúde todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor de saúde, detêm formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas, direta ou indiretamente, a cuidados ou ações de saúde. Força de trabalho em saúde é o conjunto da população ocupada no setor de saúde, pessoas com trabalho, empregadas ou autônomas e aqueles que trabalham sem remuneração – mas a população desocupada e/ou pessoas com disponibilidade para assumir trabalho no setor (MACHADO *et al.*, 1992).

por meio de amostragem. As primeiras estatísticas domiciliares a serem pesquisadas sistematicamente no Brasil foram os censos populacionais ou demográficos. Esses levantamentos eram inicialmente referidos à totalidade da população, o que acarretava problemas de custo, tempo de coleta e falta de cobertura. Atualmente, apenas as categorias mais simples (sexo, idade, características do domicílio etc.) são pesquisadas para a totalidade da população nos recenseamentos. As demais categorias são pesquisadas por amostragem, o que não só traz vantagens econômicas, como também diminui a morosidade na divulgação dos resultados (IBGE, 2000).

O censo demográfico é uma das ferramentas mais eficazes para a caracterização da estrutura ocupacional, haja vista a representatividade de sua base amostral e a desagregação de ocupações e atividades. O amplo e rico leque de variáveis que constituem a pesquisa possibilita um conhecimento acurado do mercado de trabalho em saúde de forma desagregada em nível de município e distrito. A única limitação do uso do censo demográfico na área da saúde diz respeito à sua periodicidade, que é decenal, período muito longo para se captarem, com precisão, as rápidas mudanças que ocorrem entre os anos intercensitários no mercado de trabalho.

Existem outros tipos de estatísticas domiciliares que medem o grau de ocupação na área de saúde – pesquisas sistemáticas por amostragem desenvolvidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). São elas:

1) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – É uma das mais abrangentes para medir as ocupações ou os postos de trabalhos existentes; engloba todas as classes trabalhadoras, além de trabalhadores que abrem um negócio próprio e trabalhadores informais, permitindo, assim, traçar tendências contínuas sobre trabalho, formas de contrato e rendimento. A PNAD é, depois do censo, a pesquisa mais importante realizada pelo IBGE. Embora não chegue ao nível municipal, é o mais amplo e diversificado panorama socioeconômico

do Brasil. A coleta de informações obedece a uma série de conceitos e definições operacionais, iguais ou assemelhados aos utilizados no censo demográfico, o que facilita sobremaneira a comparação dos indicadores produzidos pela PNAD.

2) Pesquisa Mensal de Emprego (PME) – É a base estatística mais usada para a formulação de políticas setoriais imediatas sobre o mercado de trabalho; seus dados são os mais atualizados entre todas as demais fontes existentes, ou seja, mensalmente são divulgados pelo IBGE. Produz indicadores mensais sobre a força de trabalho que permitem avaliar as flutuações e as tendências, abrangendo informações referentes a condição de atividade, condição de ocupação, rendimento médio nominal e real, posição na ocupação, posse de carteira de trabalho assinada, entre outras.

As ocupações e os setores de atividades de saúde englobados pelas pesquisas domiciliares utilizam a CBO-Domiciliar (CBO-Dom/2002), o que possibilita conciliar seus resultados com outras bases de dados nacionais e internacionais sobre mercado de trabalho.

A respeito dessas duas últimas pesquisas, cabe salientar que o IBGE está testando um novo sistema – chamado PNAD Contínua, espécie de integração da Pesquisa PNAD com a PME –, o que não só traria enorme vantagem custo-benefício, como também possibilitaria a produção de indicadores trimestrais mais abrangentes sobre trabalho e renda, a partir de amostragens mais amplas e com um detalhamento maior das condições das regiões urbana e rural. As pesquisas domiciliares são excelentes fontes na área de saúde, mas as transformações do mercado de trabalho e rendimentos exigem mais agilidade na construção de indicadores. Assim, a hipótese de se ter informação contínua sobre o mercado de trabalho em nível nacional é uma grande iniciativa do IBGE.

No Quadro 2, disponibilizamos dados das pesquisas domiciliares gerados pelo número de profissionais de saúde, seja com vínculo formal (carteira assinada), em caráter informal ou como autônomos. O Censo

com muita frequência pelos pesquisadores da área para traçar os perfis dos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Trata-se de uma fonte importante, visto que é o único cadastro na área de saúde a abranger

QUADRO 2 – Mercado de Trabalho – Profissionais

Brasil e grandes regiões	Total de profissionais de nível superior (CD/2000)	Total de profissionais de nível superior (PNAD-2005)
Brasil	709.265	851.563
Norte	26.419	29.476
Nordeste	109.795	110.623
Sudeste	407.305	513.621
Sul	117.447	142.503
Centro-Oeste	48.299	55.340

Fonte: IBGE.

Demográfico de 2000 apresenta um quantitativo em torno de 709 mil e a PNAD de 2005, cerca de 851 mil profissionais de nível superior. Levando-se em conta que utilizam a mesma base operacional – a única diferença é que o censo trabalha com o universo e a PNAD com amostragem – e que a defasagem dos dados é de cinco anos, os números apresentados são coerentes entre si.

As ‘estatísticas por estabelecimentos’ são aquelas cuja unidade de coleta é a empresa ou o estabelecimento. Da mesma forma que as estatísticas domiciliares, elas podem ser levantadas para o universo dos estabelecimentos ou para uma parcela representativa deles a partir de técnicas de amostragem.

As principais fontes de pesquisa por estabelecimentos de uso frequente para medir o mercado de trabalho em saúde são:

1) **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)** – Criado pelo Ministério da Saúde para monitorar os prestadores de serviços de saúde SUS e não SUS. Embora o CNES não tenha sido desenhado para atender às funcionalidades de um sistema gerencial para gestão do trabalho, ultimamente vem sendo utilizado

consultórios particulares, profissionais vinculados a cooperativas e profissionais estrangeiros, além de agregar outras características do mercado de trabalho. É um sistema completo, pela amplitude e profundidade das informações sobre todos os procedimentos executados pelos prestadores de serviços de saúde públicos, privados conveniados ou não com o SUS. O grande obstáculo ao uso do CNES na construção de indicadores é que ele não retrata o quantitativo real da força de trabalho que atua nos serviços de saúde. Isso porque os gestores priorizam alimentar o cadastro com as informações obrigatórias exigidas pelo DATASUS, ou seja, os profissionais que efetuaram procedimentos geradores de pagamento. Dessa forma, em muitas situações o quadro efetivo que trabalha na assistência e na parte administrativa de um estabelecimento nem sempre é registrado pelos gestores no sistema CNES, uma vez que o preenchimento desses itens é facultativo. A vantagem do uso do CNES para construir indicadores é que ele proporciona interface com os outros sistemas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, o que facilita a comparação dos dados entre as bases e fornece tanto dados de profissionais como dos postos de trabalho ocupados.

2) Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) – É uma pesquisa de caráter censitário realizada junto aos estabelecimentos de saúde, e constitui elemento valioso para a detecção das tendências do mercado de trabalho em saúde do ponto de vista histórico e comparativo. Ao revelar uma fotografia atual e detalhada das ocupações em saúde, a AMS também fornece elementos importantes para identificar as demandas em relação ao processo de municipalização. Trata-se do único instrumento que busca retratar a realidade dos empregos de saúde como um todo, independentemente da esfera ou natureza jurídica do estabelecimento, assim como sua vinculação com o setor público (SUS), privado ou filantrópico. É uma pesquisa de alto grau de relevância (responde às prioridades do setor) e de fácil acesso, tanto pelo IBGE como pelo DATASUS, a mais comumente usada pela comunidade acadêmica e o público em geral.

É possível dizer que, de certa forma, os dados fornecidos pelas pesquisas por estabelecimentos trazem informações complementares, não captadas pelas pesquisas domiciliares no que diz respeito à dinâmica do mercado de trabalho. Uma das especificidades está atrelada ao fato de que elas mensuram, antes de tudo, o emprego formal, ou seja, o conjunto de postos de trabalho ocupados diretamente nos serviços de saúde e nos setores que dão suporte a essa área – e não o número de profissionais ocupados. Desse modo, não permitem conhecer as características socioeconômicas e demográficas dos profissionais que se inserem no mercado de trabalho em saúde; somente avaliam as formas institucionais de vínculos, natureza jurídica, especialidade de atuação, tipos de serviços prestados, horas trabalhadas etc.²

3) Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério de Educação (INEP/MEC) – O Censo

da Educação Superior do INEP é um instrumento de avaliação e validação de cursos de graduação pelo MEC, constituindo-se em uma estratégia necessária para a emissão de diploma. As informações primárias geradas por esse censo e os indicadores calculados a partir delas constituem subsídio indispensável para formulação, implementação e avaliação das políticas educacionais das três instâncias de governo (União, estados e municípios). As estatísticas fornecidas pelos estabelecimentos de ensino anualmente apresentam importantes particularidades para dimensionar a oferta de profissionais formados.

É necessário tomar cuidado ao confrontar os dados fornecidos pelas pesquisas por estabelecimentos e pelas pesquisas domiciliares, pois devem ser levadas em conta as particularidades metodológicas das duas modalidades de pesquisas na medida em que um profissional, por exemplo, pode ter vínculo de trabalho em vários estabelecimentos de saúde, o que fará com que seja contado mais de uma vez.

As pesquisas por estabelecimentos apresentam, por definição, um quantitativo de postos de trabalho maior que os profissionais de saúde. Já nas pesquisas domiciliares, as pessoas correspondem sempre a uma unidade de pesquisa nas tabelas estatísticas.

OS REGISTROS ADMINISTRATIVOS

São dados conjunturais coletados por secretarias estaduais e municipais, órgãos públicos, ministérios e empresas, para efeito de acompanhamento e planejamento de ações (no caso de instituições de maior racionalidade técnica na definição de objetivos e uso de recursos) ou como simples subproduto de suas atividades. De forma

² O profissional de saúde está associado sempre a pessoas, enquanto os empregos de saúde estão vinculados a um posto de trabalho, a uma ocupação e a um lugar no mercado de trabalho.

organizada ou não, os registros administrativos sempre existiram e são passíveis de submissão a um processo de interpretação; além de constituírem importante fonte de dados para estudar a força de trabalho em saúde, disponibilizam uma gama enorme de informações sobre o mercado de trabalho formal. Entretanto, recomenda-se cautela quando da utilização e da interpretação dos dados.

Existem dois tipos de registros administrativos significativos e utilizados em larga escala para medir os índices de emprego, desemprego e dinâmica do mercado de trabalho no Brasil, ambos desenvolvidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego:

1) A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)

– É um registro administrativo com obrigatoriedade de preenchimento para todos os estabelecimentos da economia formal, inclusive para aqueles sem ocorrência de vínculos empregatícios. Sua base estatística capta essencialmente os empregos formais celetistas do setor privado, ou seja, dos trabalhadores com carteira assinada, em todos os ramos de atividade até o nível municipal. As informações oriundas da RAIS auxiliam na definição das políticas de formação de mão de obra e possibilitam gerar estatísticas desagregadas geográfica e setorialmente sobre o mercado de trabalho formal.

2) O Cadastro Geral de Empregados do Ministério do Trabalho e Emprego (CAGED/MT) – É um registro administrativo que tem a função de acompanhar e fiscalizar o processo de admissão e dispensa de trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Todas as empresas são obrigadas a repassar ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), mensalmente, o número de trabalhadores admitidos ou desligados no mês anterior. Trata-se de um poderoso instrumento de suporte às várias políticas de emprego, que descreve as variações conjunturais do emprego celetista, exclui de seu escopo os empregados do setor público regidos por outro estatuto e os trabalhadores avulsos que prestam

serviços por meio de sindicatos. É utilizado com muita frequência pelo governo federal para subsidiar a adoção de medidas e políticas contra o desemprego e estabelecer mecanismos de assistência aos desempregados no país.

Segundo o Ministério do Trabalho, as diferenças mais significativas entre a RAIS e o CAGED devem ser percebidas como uma fonte de dados para acompanhamento conjuntural do mercado de trabalho formal, a partir dos fluxos mensais de admissões e desligamentos.

A RAIS, por sua vez, é uma consistente fotografia do mercado de trabalho (pode ser considerada um censo anual), particularmente para a posição de 31/12 do ano; portanto, é indicada para o monitoramento do mercado de trabalho estrutural.

Seguem, no Quadro 3, os dados de algumas pesquisas antes descritas – observa-se que apresentam um quantitativo diferente de força de trabalho em saúde para o mesmo ano. Pode-se dizer que as três fontes possibilitam o conhecimento acurado do mercado de trabalho e dão um indicativo ágil dos efeitos da conjuntura econômica sobre a estrutura ocupacional da saúde, além de atenderem a outras necessidades importantes para formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de gestão. No entanto, para a escolha de uso, devem-se verificar o grau de excelência e a confiabilidade, respeitando-se o escopo de cada uma delas, tendo em vista, quando se pretende analisar uma conjuntura passada, que, a princípio, não existe uma indicação – com base em considerações de caráter exclusivamente técnico/estatístico – da melhor fonte de informações a ser utilizada. Recomenda-se que se façam ensaios e, no caso de diferenças marcantes, a escolha deve ser pautada pela confiança do analista em cada fonte, após estudar suas diferenças e potencialidades. Em geral, a validade de uma informação é determinada pela sensibilidade e a especificidade do fenômeno que se deseja estudar.

Os dados administrativos dos conselhos federais e regionais também são utilizados para analisar as

QUADRO 3 – O mercado de trabalho em saúde – 2005

Brasil e grandes regiões	Total de ocupações (CNES-dez/2005)	Total de ocupações*- (AMS, 2005)	Total de empregos (RAIS, 2005)
Brasil	1.250.516	1.916.642	1.137.648
Região Norte	87.759	120.856	36.540
Região Nordeste	321.067	467.151	173.158
Região Sudeste	559.736	903.670	660.423
Região Sul	189.610	285.005	186.029
Região Centro-Oeste	92.344	139.960	81.498

Notas: Exclui o pessoal administrativo.

tendências de formação e a entrada de mão de obra no mercado. Em virtude da legislação que determina a necessidade de registro para o exercício profissional, os conselhos apresentam certa regularidade na atualização de suas bases estatísticas. Os conselhos representantes das 14³ profissões que integram a equipe de saúde já têm nos próprios sites séries históricas, e seus dados estão disponíveis na Internet.

O Cadastro Profissional (CONPROF),⁴ desenvolvido pelo Ministério da Saúde, é outra forma ágil de obter informações dos profissionais ativos no mercado; por meio de um único instrumento de consulta, disponibilizam-se os dados administrativos que constam na base dos conselhos federais e regionais.

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)⁵ também é uma excelente fonte para a obtenção de indicadores sobre recursos humanos. Os produtos resultam de um processo de construção coletiva, em que as instituições parceiras contribuem com a própria expertise, por meio de seus profissionais e bases técnico-científicas.

As análises das informações oriundas dos registros administrativos muitas vezes divergem das obtidas a partir de pesquisas domiciliares e por estabelecimentos, em razão de diferenças metodológicas que envolvem, entre outras, a conceituação de variáveis, a cobertura, o período de captação das informações e as fórmulas de cálculo utilizadas. Há, portanto, necessidade de alguns ajustes caso se pretenda realizar estudos comparativos entre essas fontes de informações.

OUTRAS FONTES

Vem-se utilizando, com muita frequência, para dimensionar os profissionais de saúde inseridos nas instituições da administração pública federal o Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), do Ministério do Planejamento e Orçamento e Gestão (MPOG), que tem como função primordial criar mecanismos de controle e integração direta entre

³ As categorias profissionais de nível superior aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde são: medicina, odontologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia, farmácia, serviço social, psicologia, biologia, educação física, biomedicina, fonoaudiologia, terapia ocupacional e medicina veterinária.

⁴ O CONPROF traz informações sobre a identificação do conselho; dados institucionais; legislações e decretos; código de ética e estatuto; resoluções e normas; conselhos regionais. Informações no site www.saude.gov.br/sgetes

⁵ Atualmente, cerca de trinta entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais estão envolvidas na produção de indicadores (produtores de informações stricto sensu, gestores do sistema de saúde e unidades de ciência e tecnologia), que se associaram para aperfeiçoar informações de interesse comum. Ver mais detalhes em www.ripsa.org.br.

os servidores, permitindo, por intermédio de uma senha, que o próprio servidor realize alterações e correções de seus dados. No entanto, o SIAPE não é o sistema ideal para dimensionar a força de trabalho nem os profissionais de saúde, porque foi criado para subsidiar políticas de gestão de pessoas do governo federal com a função de controle. Dessa forma, não atende às necessidades específicas de um Sistema Gerencial de Recursos Humanos do SUS.

Destacam-se, ainda, como importante fonte estatística de registros administrativos, os dados das secretarias de saúde estaduais e municipais. Entretanto, a maioria só dispõe de registros de cadastro funcional, folha de pagamento, direitos e vantagens, entre outros, como instrumentos que essencialmente alimentam a administração de pessoal, mas não contemplam aspectos qualitativos da composição do pessoal ativo, que, em geral, são manejados por sistemas centralizados nas secretarias de administração, fora do âmbito dos órgãos de execução da saúde. Além da dificuldade de acesso imposta por condições éticas (sigilo sobre informações pessoais que envolvem, entre outras, renda mensal), a morosidade e a centralização dos processos administrativos de recursos humanos contribuem pela pouca credibilidade dos dados de cadastro obtidos nessas fontes. Entretanto, existem algumas secretarias de saúde de municípios de

grande porte que já contam com sistemas de informações bem robustos, os quais subsidiam o planejamento e a programação dos serviços locais e servem como instrumento auxiliar na tomada de decisão, além de funcionar como fonte para a elaboração de relatórios gerenciais.

Uma folha de pagamento e um plano de cargos e salários de uma secretaria, que, a rigor, não se enquadram em nenhuma das fontes antes citadas, podem constituir uma preciosa fonte de informação para estudar o mercado de trabalho em saúde. Outro exemplo são os dados do imposto de renda, especialmente os da pessoa física, que fornecem relevantes informações sobre as características socioeconômicas e de remuneração dos profissionais liberais em saúde.

Associações, sindicatos e outras entidades profissionais também constituem boas fontes de informações das formas de organização corporativa. No entanto, a falta de atualização desses cadastros nem sempre permite que sejam usados com confiança.

Enfim, há uma ampla gama de informações que podem ser obtidas a partir do uso de registros administrativos. O importante é que esses dados sejam sistematizados e estejam acessíveis para a formação de um banco de dados concatenados, possibilitando análises das diferentes variáveis disponíveis nesses registros, como vemos nas tabelas a seguir:

TABELAS 1 - Principais estatísticas domiciliares para caracterizar a força de trabalho em saúde

2.1 BASE DE dados	Censo Demográfico-CD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-Phad	Pesquisa Mensal de Emprego - PME
2.2. Órgão responsável	IBGE	IBGE	IBGE
<p>2.3 Descrição</p> <p>Pesquisa domiciliar realizada a cada dez anos. Um em cada quarto domicílio é selecionado. Possui um questionário básico (universo), que identifica o contingente populacional e outro questionário para amostra, que pesquisa dados socioeconômicos mais detalhados sobre os moradores e os domicílios selecionados.</p> <p>2.4 Variáveis</p> <p>Características de trabalho do morador de 10 anos ou mais de idade: carteira de trabalho, emprego público (federal, estadual ou municipal), privado, contribuinte da previdência social, contrato (prazo determinado ou indeterminado), Regime Jurídico Único, militar, rendimento mensais, horas trabalhadas, número de ocupação. A PME dimensiona os empregados com vínculo formalizado (no setor público e no setor privado), os trabalhadores sem carteira assinada e os que trabalham por conta própria, os empregadores, os trabalhadores familiares sem remuneração e os trabalhadores domésticos (com e sem contrato formalizado).</p>	<p>É uma pesquisa por amostra de domicílios criada com a finalidade de produzir informações nos períodos intercensoários. A Pesquisa Básica destina-se a investigar, de forma contínua, os temas definidos como importantes para medir o nível e acompanhar a evolução socioeconómica da população, tais como: habitação, trabalho, associados a algumas características demográficas, educacionais e de rendimento. As Pesquisas Suplementares têm a finalidade de aprofundar temas de interesse nacional que se interligam com a Pesquisa Básica (saúde, trabalho, educação, segurança e outros). Já as Pesquisas Especiais destinam-se a tratar de assuntos de maior complexidade, e exigem um esquema de amostragem especial, normalmente é feita por encomenda ao IBGE.</p> <p>POR EXEMPLO: A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD,2008), teve um suplemento especial sobre saúde, que abordou acesso ao atendimento e a medicamentos, saúde da mulher, planos de saúde, violência e acidentes de trânsito, migração, atividades físicas e tabagismo.</p>	<p>É uma pesquisa realizada mensalmente a partir de uma amostra probabilística de domicílios. Caracteriza a População Economicamente Ativa (PEA) e suas relações com o mercado de trabalho. As pesquisas são abertas por meio de entrevistas com todas as pessoas de 10 anos de idade ou mais, moradoras nos domicílios selecionados para a amostra.</p>	<p>Características de trabalho do morador de 10 anos ou mais de idade: carteira de trabalho, emprego público (federal, estadual ou municipal), privado, contribuinte da previdência social, contrato (prazo determinado ou indeterminado), Regime Jurídico Único, militar, rendimento mensais, horas trabalhadas, número de ocupação. A PME dimensiona os empregados com vínculo formalizado (no setor público e no setor privado), os trabalhadores sem carteira assinada e os que trabalham por conta própria, os empregadores, os trabalhadores familiares sem remuneração e os trabalhadores domésticos (com e sem contrato formalizado).</p>

- Para Medir o Trabalho em Saúde no Brasil: Principais Fontes de Informações

<p>2.5. Propósito</p> <p>Produzir dados e informações para o conjunto total da população, abrangendo aspectos demográficos, socioeconômicos e características dos domicílios, entre outras variáveis.</p>	<p>A PNAD TEM por objetivo principal suprir a falta de informações durante o período intercensitário; pesquisa temas poucos investigados ou não contemplados nos censos demográficos decenais e contribuir para a implementação de políticas públicas e na avaliação de programas da área social do país de forma imediata. É uma pesquisa anual de abrangência geográfica nacional e analisa as variações geográficas e temporais do crescimento populacional. Abrange atualmente mais de 150 mil domicílios no país. A proposta da Pnad para a próxima década é que se transforme em uma pesquisa trimestral, de modo a produzir informações sobre emprego e trabalho para todo o país num formato mais conjuntural.</p>	<p>2.6. Periodicidade</p> <p>Decenal</p> <p>A vantagem do censo diz respeito, em primeira mão, ao movimento de desagregação, apesar de os dados dessa natureza se refletirem num questionário aplicado a 25% da população (um em cada quatro domicílios). As informações do Censo permitem conhecer a informação, de forma representativa, em nível de município e distrito.</p>	<p>Constitui importante fonte de informações para a formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, subsidiando, também, o desenvolvimento de pesquisas na área de Saúde Pública.</p> <p>2.7. Vantagens</p> <p>A limitação do uso do Censo Demográfico diz respeito à sua periodicidade e, que é decenal, período muito longo para se captarem com precisão as rápidas mudanças que ocorrem entre os anos intercensitários no mercado de trabalho.</p>	<p>2.8. Limitação</p> <p>A limitação da amostra da PNAD não permite desagregação em nível municipal. 2) Sonente a partir de 2004, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – (PNAD) foi implantada nas áreas rurais dos Estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá, alcançando a cobertura completa do Território Nacional englobando as cinco regiões.</p>	<p>2.9. Abrangência geográfica</p> <p>Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação, municípios, microrregiões e distritos.</p> <p>2.10. Categorias profissionais pesquisadas</p> <p>Médicos, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas e afins, nutricionistas, psicólogos, psicanalistas, assistentes sociais, ópticos, ortoptistas, físicos, técnicos de enfermagem auxiliares de enfermagem, técnicos em odontologia, técnicos em laboratório (laboratorista industrial), técnicos em fisioterapia e afins, técnicos de laboratório de análises clínicas, técnicos em farmácia, agentes de saúde e do meio ambiente, atendentes de enfermagem, parteiras práticas e afins, auxiliares de laboratório da saúde, atendentes de creches e cuidadores de idosos.</p>
<p>Os dados apurados da PME permitem acompanhar mensalmente os efeitos da conjuntura econômica na força de trabalho e as variações sazonais do mercado de trabalho. Com os seguintes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Produzir indicadores mensais sobre a força de trabalho para avaliar as flutuações e a tendência, a médio e longo prazo, do mercado de trabalho nas principais regiões metropolitanas do País; 2) Mensurar e caracterizar a população economicamente ativa-PEA e suas relações com o mercado de trabalho. 	<p>2.6. Periodicidade</p> <p>Anual, realizada nos períodos intercensitários</p>	<p>2.7. Vantagens</p> <p>Constitui importante fonte de informações para a formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, subsidiando, também, o desenvolvimento de pesquisas na área de Saúde Pública.</p>	<p>2.8. Limitação</p> <p>A limitação da amostra da PNAD não permite desagregação em nível municipal. 2) Sonente a partir de 2004, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – (PNAD) foi implantada nas áreas rurais dos Estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá, alcançando a cobertura completa do Território Nacional englobando as cinco regiões.</p>	<p>2.9. Abrangência geográfica</p> <p>Brasil, grandes regiões, unidades da federação, regiões metropolitanas que incluem municípios das capitais.</p>	<p>2.10. Categorias profissionais pesquisadas</p> <p>Médicos, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas e afins, nutricionistas, psicólogos, psicanalistas, assistentes sociais, ópticos, ortoptistas, físicos, técnicos de enfermagem auxiliares de enfermagem, técnicos em odontologia, técnicos em laboratório (laboratorista industrial), técnicos em fisioterapia e afins, técnicos de laboratório de análises clínicas, técnicos em farmácia, agentes de saúde e do meio ambiente, atendentes de enfermagem, parteiras práticas e afins, auxiliares de laboratório da saúde, atendentes de creches e cuidadores de idosos.</p>
<p>Os dados apurados da PME permitem acompanhar mensalmente os efeitos da conjuntura econômica na força de trabalho e as variações sazonais do mercado de trabalho. Com os seguintes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Produzir indicadores mensais sobre a força de trabalho para avaliar as flutuações e a tendência, a médio e longo prazo, do mercado de trabalho nas principais regiões metropolitanas do País; 2) Mensurar e caracterizar a população economicamente ativa-PEA e suas relações com o mercado de trabalho. 	<p>2.6. Periodicidade</p> <p>Mensual</p>	<p>2.7. Vantagens</p> <p>Constitui importante fonte de informações para a formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, subsidiando, também, o desenvolvimento de pesquisas na área de Saúde Pública.</p>	<p>2.8. Limitação</p> <p>A limitação da amostra da PNAD não permite desagregação em nível municipal. 2) Sonente a partir de 2004, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – (PNAD) foi implantada nas áreas rurais dos Estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá, alcançando a cobertura completa do Território Nacional englobando as cinco regiões.</p>	<p>2.9. Abrangência geográfica</p> <p>Brasil, grandes regiões, unidades da federação, regiões metropolitanas que incluem municípios das capitais.</p>	<p>2.10. Categorias profissionais pesquisadas</p> <p>Médicos, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, fisioterapeutas e afins, nutricionistas, psicólogos, psicanalistas, assistentes sociais, ópticos, ortoptistas, físicos, técnicos de enfermagem auxiliares de enfermagem, técnicos em odontologia, técnicos em laboratório (laboratorista industrial), técnicos em fisioterapia e afins, técnicos de laboratório de análises clínicas, técnicos em farmácia, agentes de saúde e do meio ambiente, atendentes de enfermagem, parteiras práticas e afins, auxiliares de laboratório da saúde, atendentes de creches e cuidadores de idosos.</p>

2.11. Último levantamento	2000	2008	OUTUBRO DE 2009										
2.12. Acesso	<p>Os resultados dos dados agregados são divulgados em publicações, em CD-ROM e disponibilizados pela Web www.ibge.gov.br por um sistema de recuperação automática de informações através do site www.sidra.ibge.gov.br. Para pesquisas mais pontuais e mais detalhadas no campo das ocupações de saúde, devem-se solicitar tabulações especiais ao IBGE.</p>	<p>Apesar de seus resultados serem mensalmente disponibilizados na internet com acesso fácil no seguinte endereço: http://www.ibge.gov.br/pme, os dados sobre as ocupações de saúde somente poderão ser obtidos através de encomendas ao IBGE, tendo em vista que as referidas estatísticas são agrupadas com outros setores como: educação, serviço social, administração pública, defesa e segurança social.</p>											
			<p>TABELA 2: Principais estatísticas por estabelecimentos para caracterizar a força de trabalho em saúde.</p>										
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - (CNES)</th> <th>Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária- (AMS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1 Base de dados</td> <td>Coordenação Geral de Sistemas de Informação (CGSI) do Departamento de Regulação Avaliação e Controle do Ministério da Saúde (SAS/MS) e Datasus.</td> </tr> <tr> <td>2.2. Órgão responsável</td> <td>IBGE</td> </tr> <tr> <td>2.3 Descrição</td> <td> <p>É uma fonte estatística cadastral de todos os estabelecimentos de saúde prestadores de serviços ao setor público (SUS e não SUS). O Cnes foi criado em 1999 com a finalidade de programar, controlar os pagamentos pelos serviços prestados, sua atualização é feita permanentemente pelos gestores estaduais e municipais de saúde. Seu público-alvo são os estabele-cimentos Públicos de Saúde, Rede Complementar e Prestadores do SUS, sejam pessoas físicas ou jurídicas.</p> </td> </tr> <tr> <td>2.4.Variáveis</td> <td> <p>1. Caracterização do estabelecimento: esfera administrativa, atividade ensino pesquisa, turno de atendimento, nível de atenção ambulatorial/hospitalar; gestão (estadual, municipal), atendimento prestado (internação, ambulatorial, SADT, urgência, outros, vigilância em saúde, regulação (SUS/particular/plano de saúde público/plano de saúde privado). Contrato/convenção</p> <p>1.A AMS em cada unidade de saúde pesquisa os seguintes itens: condição de funcionamento, esfera administrativa, natureza jurídica, instalações, serviços oferecidos, categoria, regime de prestação de serviços segundo a modalidade finanziadora, número de leitos, movimento de atendimentos e internações, número de equipamentos e condições de uso, ao nível de Brasil, grandes regiões, unidades da federação, microrregiões, regiões metropolitanas, aglomerado urbano e capitais.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - (CNES)	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária- (AMS)	2.1 Base de dados	Coordenação Geral de Sistemas de Informação (CGSI) do Departamento de Regulação Avaliação e Controle do Ministério da Saúde (SAS/MS) e Datasus.	2.2. Órgão responsável	IBGE	2.3 Descrição	<p>É uma fonte estatística cadastral de todos os estabelecimentos de saúde prestadores de serviços ao setor público (SUS e não SUS). O Cnes foi criado em 1999 com a finalidade de programar, controlar os pagamentos pelos serviços prestados, sua atualização é feita permanentemente pelos gestores estaduais e municipais de saúde. Seu público-alvo são os estabele-cimentos Públicos de Saúde, Rede Complementar e Prestadores do SUS, sejam pessoas físicas ou jurídicas.</p>	2.4.Variáveis	<p>1. Caracterização do estabelecimento: esfera administrativa, atividade ensino pesquisa, turno de atendimento, nível de atenção ambulatorial/hospitalar; gestão (estadual, municipal), atendimento prestado (internação, ambulatorial, SADT, urgência, outros, vigilância em saúde, regulação (SUS/particular/plano de saúde público/plano de saúde privado). Contrato/convenção</p> <p>1.A AMS em cada unidade de saúde pesquisa os seguintes itens: condição de funcionamento, esfera administrativa, natureza jurídica, instalações, serviços oferecidos, categoria, regime de prestação de serviços segundo a modalidade finanziadora, número de leitos, movimento de atendimentos e internações, número de equipamentos e condições de uso, ao nível de Brasil, grandes regiões, unidades da federação, microrregiões, regiões metropolitanas, aglomerado urbano e capitais.</p>
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - (CNES)	Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária- (AMS)												
2.1 Base de dados	Coordenação Geral de Sistemas de Informação (CGSI) do Departamento de Regulação Avaliação e Controle do Ministério da Saúde (SAS/MS) e Datasus.												
2.2. Órgão responsável	IBGE												
2.3 Descrição	<p>É uma fonte estatística cadastral de todos os estabelecimentos de saúde prestadores de serviços ao setor público (SUS e não SUS). O Cnes foi criado em 1999 com a finalidade de programar, controlar os pagamentos pelos serviços prestados, sua atualização é feita permanentemente pelos gestores estaduais e municipais de saúde. Seu público-alvo são os estabele-cimentos Públicos de Saúde, Rede Complementar e Prestadores do SUS, sejam pessoas físicas ou jurídicas.</p>												
2.4.Variáveis	<p>1. Caracterização do estabelecimento: esfera administrativa, atividade ensino pesquisa, turno de atendimento, nível de atenção ambulatorial/hospitalar; gestão (estadual, municipal), atendimento prestado (internação, ambulatorial, SADT, urgência, outros, vigilância em saúde, regulação (SUS/particular/plano de saúde público/plano de saúde privado). Contrato/convenção</p> <p>1.A AMS em cada unidade de saúde pesquisa os seguintes itens: condição de funcionamento, esfera administrativa, natureza jurídica, instalações, serviços oferecidos, categoria, regime de prestação de serviços segundo a modalidade finanziadora, número de leitos, movimento de atendimentos e internações, número de equipamentos e condições de uso, ao nível de Brasil, grandes regiões, unidades da federação, microrregiões, regiões metropolitanas, aglomerado urbano e capitais.</p>												

<p>e vigilância: vínculo com o SUS (contrato/convênio municipal/convênio estadual), vigilância sanitária.</p> <p>2. Informações de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas (federal, estadual e municipal) e do setor privado (que prestem serviços ao SUS).</p> <p>3. Aspectos da área física, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares.</p> <p>4. Leitos por especialidade e leitos complementares.</p> <p>5. Profissionais (nome, número do PIS/Pasep, CPE, grau de escolaridade, condição da ocupação).</p> <p>6. As ocupações de saúde abrangidas pelo CNES obedecem aos critérios da Classificação Brasileira de Ocupações do (CBO/2002).</p> <p>2.4. Variáveis (Continuação)</p>	<p>2. Caracterização estabelecimento: condições de funcionamento (em atividade, em atividade parcial, desativado e extinto), esfera administrativa (federal, estadual, municipal e privada), atendimento (com internação, sem internação, serviço de apoio à diagnose e terapia), categoria (geral, com especialidades, especializado), natureza jurídica (administração direta da saúde, fundação, autarquia, empresa, organização social pública, serviço social autônomo, entidade filantrópica, economia mista, cooperativa, sindicato e beneficiante), tipos de especialidades (ambulatorial/hospitalar, serviço de apoio à diagnose e terapia, atenção básica), funcionamento (turno, final de semana, modalidade de prestação de serviços (SUS, plano próprio, plano de terceiros, particular), instalações, serviços gerais e especializados (ambulância, esterilização de material, manutenção, banco de leite, farmácia/disp./ medicamentos, necrotério, banco de sangue, lavanderia, nutrição e dietética), coleta seletiva de rejeitos (perfurante, lixo contaminado, radioativos, nenhum), serviço de documentação estatística e vigilância epidemiológica (Same), notificação de doenças, investigações epidemiológicas, controle de zoonoses e vetores, nenhum), edificação (específica, não específica).</p> <p>3. Atendimento ambulatorial: instalação física (salas e consultórios em uso), capacidade instalada (consultórios por especialidades).</p> <p>Urgência/emergência: instalação física (salas e consultórios em uso).</p> <p>4. Internação: instalação física (salas em uso, berços da unidade neonatal em uso, quartos e enfermarias em uso, camas complementares em uso, letos hospitalares em uso), serviços de alta complexidade (ambiente de internação com tecnologia avançada e pessoal especializado). Serviços de apoio à diagnose e à terapia: serviços por especialidades e equipamentos.</p>	<p>Cadastrar e manter atualizados os dados dos estabelecimentos de saúde, hospitalares e ambulatoriais, componentes da rede pública e privada, nos níveis federal, estadual e municipal, possibilitando a avaliação e acompanhamento do perfil da capacidade instalada e potencial do atendimento à população, bem como subsidiar os gestores na implementação das políticas de saúde, no planejamento, regulação, controle, auditoria e ensino/pesquisa. O objetivo do Cnes é subsidiar os gestores, estudiosos e pesquisadores nas áreas de planejamento, regulação, avaliação, controle e auditorias na implantação /implementação das políticas de saúde.</p> <p>2.5. Propósito</p>	<p>A pesquisa AMS busca, junto aos estabelecimentos de saúde, informações mais precisas e atuais para a detecção das tendências da oferta e da capacidade instalada dos serviços de saúde no Brasil.</p> <p>2.6. Periodicidade</p>	<p>Não tem periodicidade definida; há atualização contínua.</p> <p>Bianual</p> <p>1. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e de suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, além de subsidiar com informações atualizadas os gestores na</p> <p>1. As vantagens da AMS é que, desde 1999, o Ibege abandonou a antiga classificação dos estabelecimentos de saúde, do Ministério da Saúde, e vem adorando três grandes categorias de serviços para a pesquisa: estabelecimentos sem internação; estabelecimentos com internação; e estabelecimentos de saúde de apoio ao diagnóstico e terapia. Essa estrutura simples, compatível com outras classificações internacionais, possibilita trabalhar especificidades do próprio processo de produção dos serviços, descrever e classificar os estabelecimentos de saúde de acordo com o nível de complexidade e com os objetivos do pesquisador e/ou gestor da saúde;</p> <p>2.7. Vantagens</p>
---	---	---	--	--

	<p>implantação/implementação das políticas de saúde em níveis locais.</p> <p>2. Sua base está disponibilizada pelo Tábnnet no site do Ministério da Saúde: www.cnes.datasus.gov.br o que permite com muita facilidade a construção de indicadores.</p>	<p>2. As informações resultantes da AMS são apresentadas até o nível municipal, o que permite, de certa forma, realizar uma avaliação pormenorizada da cobertura dos serviços de saúde prestados e dos recursos humanos inseridos no setor;</p>
2.7. Vantagens (Continuação)	<p>1) A limitação do uso da base Cnes diz respeito à sua abrangência, ou seja, não estão inclusos ainda no seu universo, por não ser obrigatório e sim facultativo, todos os serviços de apoio à gestão. Isso significa a inclusão parcial dos profissionais de nível administrativo vinculados ou não ao SUS, os trabalhadores das secretarias estaduais e municipais e o quadro de pessoal do nível central do Ministério da Saúde.</p> <p>2) A falta de atualização - por ser obrigado a cadastrar todos os profissionais que efetuam algum tipo de procedimento no estabelecimento, por muitas vezes os profissionais constam em diversos estabelecimentos que efetivamente não trabalham.</p> <p>3) A outra limitação se refere aos estabelecimentos estritamente privados que ainda não estão totalmente cadastrados na base Cnes, em especial os ambulatórios de média complexidade, a despeito de todo o esforço da SAS e dos gestores para a captação dessas informações.</p>	<p>1) Interrupções da pesquisa por diversos períodos, o que dificulta a comparação dos dados produzidos;</p> <p>2) Não detecta a ocupação profissional autônoma clássica, nem informações do mercado informal em saúde, limitando-se aos empregos formalmente declarados pelos estabelecimentos de saúde.</p> <p>3) O universo pesquisado exclui uma pequena parcela de profissionais que não possuem CNPJ.</p> <p>4) A principal limitação conceitual diz respeito ao bloco “Recursos Humanos”, grande parte dos usuários não prestam atenção nesse detalhe e confundem o âmbito em suas análises. Ou seja, os dados da AMS referem-se aos postos de trabalho/ empregos/ ocupações, e não a profissionais de saúde.</p>
2.8. Limitação	<p>2.9. Abrangência geográfica</p>	<p>Brasil, grandes regiões, unidades da federação, municípios, microrregiões e distritos.</p> <p>Ocupações de saúde de nível superior: médicos por especialidades, assistente social, farmacêutico/bioquímico, enfermeiro, engenheiro clínico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, físico médico, nutricionista, odontólogo, psicólogo, sanitária, engenheiro sanitário, terapeuta ocupacional, outras especialidades médicas e outras ocupações de nível superior de nível superior</p> <p>Ocupações de saúde de Nível Técnico/Auxiliar: agente de saneamento, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de enfermagem, fiscal sanitário, técnico de enfermagem, técnico e auxiliar de farmácia, técnico e auxiliar em hematologia/hematoterapia,</p>

<p>técnico e auxiliar em histologia, técnico e auxiliar em nutrição e dietética, técnico e auxiliar em patologia clínica, técnico e auxiliar em reabilitação, técnico e auxiliar em vigilância sanitária e ambiental, técnico em citologia/citotécnica, técnico em equipamentos médico-hospitalares, técnico em higiene dental, técnico e auxiliar em prótese dentária, técnico em radiologia médica e outras ocupações técnicas e auxiliares não citadas.</p> <p>2.10. Categorias profissionais pesquisadas (cont.)</p>	<p>Patologia clínica, técnico e auxiliar em reabilitação, técnico e auxiliar em vigilância sanitária e ambiental, técnico em citologia/citotécnica, técnico em equipamentos médico-hospitalares, técnico em higiene dental, técnico e auxiliar em prótese dentária, técnico em radiologia médica e outras ocupações técnicas e auxiliares não citadas.</p> <p>Empregos de nível elementar: agente comunitário de saúde, agente de saúde pública, atendente de enfermagem/auxiliar operador de serviços diversos e assemelhados, guarda de endemias, agente de controle de zoonoses, agente de controle de vetos, auxiliar operador de serviços diversos e assemelhados e empregos de nível administrativo: administrativo e auxiliar operador de serviços diversos e assemelhados, guarda de endemias, agente de controle de zoonoses, agente de controle de vetos, parceira e outros assemelhados e empregos de nível administrativo: administração e serviços de limpeza, conservação e segurança.</p>
	2005
	A base estatística da AMS está disponível: http://www.ibge.gov.br/ams e também em formato magnético (CD-Rom) no Banco Multidimensional de Microdados Estatísticos (BME) do Ibge.
	O acesso mais fácil é através do site do Datasus, http://www.datasus.gov.br , que disponibiliza todas as bases estatísticas da pesquisa, desde 1981, pelo Tabnet;
2.11. Último levantamento	NOV/2009
2.12. Acesso	No site do Ministério da Saúde (http://cnes.datasus.gov.br) permitem-se ao usuário através do Tabnet, as mais diversas consultas de estabelecimentos cadastrados, profissionais , ocupações etc.
2.1 Base de dados	Censo Escolar
2.2. Órgão responsável	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – (Inep) do Ministério da Educação e Cultura
2.3 Descrição	É uma pesquisa declaratória respondida pelo (a) diretor (a) ou responsável de cada estabelecimento escolar.
2.4. Variáveis	<p>O Censo colera um amplo conjunto de informações sobre a educação básica, abrangendo todas as suas etapas/níveis (educação infantil, ensino fundamental e ensino médio) e modalidades (ensino regular, educação especial, educação de jovens e adultos e educação profissional de nível técnico), matrículas, funções docentes, estabelecimentos, turmas, rendimento e movimento dos alunos.</p> <p>Os dados são obtidos por meio de um formulário eletrônico composto por cinco grandes blocos: corpo docente, corpo discente, características demográficas dos alunos, organização didático-pedagógica e capacidade instalada da instituição. Número de egressos por turno.</p>

TABELA 2.1. Principais estatísticas por estabelecimentos para caracterizar a formação da força de trabalho em saúde - censos educacionais

2.1 Base de dados	Censo Escolar	Censo da Educação Superior
2.2. Órgão responsável	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – (Inep) do Ministério da Educação e Cultura	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – (Inep) do Ministério da Educação e Cultura
2.3 Descrição	É uma pesquisa declaratória respondida pelo (a) diretor (a) ou responsável de cada estabelecimento escolar.	É um levantamento feito (através da Internet) de dados e informações estatístico-educacionais junto às instituições de ensino superior – universidades, centros universitários, faculdades integradas e estabelecimentos isolados ou a distância.
2.4. Variáveis		

<p>2.5. Propósito</p> <p>O Censo proporciona um retrato bem detalhado do sistema da educação básica e todos os seus níveis. Os dados são desagregados por etapa/nível e modalidade de ensino, por dependência administrativa das escolas e por Unidades da Federação.</p>	<p>Os dados oriundos do censo servem como parâmetro para os programas federais de apoio ao desenvolvimento da educação básica e para o cálculo dos coeficientes de distribuição dos recursos do FUNDEF.</p> <p>Desde 2005, visando acompanhar as alterações do sistema educacional e atender às necessidades identificadas pelo MEC e por setores do governo, o Inep incluiu no questionário encartes sobre a implementação de ações referentes à saúde sexual e reprodutiva, com destaque para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e prevenção da gravidez na adolescência.</p>	<p>Os resultados não são disponibilizados no nível de municípios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Para Medir o Trabalho em Saúde no Brasil: Principais Fontes de Informações <p>O Censo da Educação Superior coleta, anualmente, dados dos cursos de graduação, presenciais e a distância de todos os estabelecimentos do país. As instituições de ensino superior respondem ao questionário do Censo por meio da Internet. A sua finalidade é fazer uma radiografia desse nível educacional.</p>
<p>2.6. Periodicidade</p>	<p>Anual</p>	<p>Anual</p>	<p>Anual</p>
<p>2.7. Vantagens</p>	<p>Os resultados não são disponibilizados no nível de municípios.</p>	<p>Os resultados não são disponibilizados ao nível de municípios. Falta, uma critica prévia, de forma consistente e sistemática a cada ano em suas bases estratísticas.</p>	<p>Brasil, grandes regiões e unidades federadas</p>
<p>2.8. Limitação</p>	<p>2.9. Abrangência geográfica</p>	<p>2.10. Categorias profissionais pesquisadas</p>	<p>Brasil, grandes regiões e unidades federadas</p> <p>Profissionais de saúde de Nível Téc./Aux.: agente de saneamento, Aux. de consultório dentário, Aux. de enfermagem, fiscal sanitário, Téc. de enfermagem, Téc. e Aux. de farmácia, Téc. e Aux. em hematologia/hemoterapia, Téc. e Aux. em histologia, Téc. e Aux. em nutrição e dietética, Téc. e Aux. em patologia clínica, Téc. e Aux. em reabilitação, Téc. e Aux. em vigilância sanitária e ambiental, Téc. em ciologia/cirotécnica, Téc. em equipamentos médico-hospitalares, Téc. em higiene dental, Téc. e Aux. em prótese dentária, Téc. em radiologia médica e outros profissionais Técnicos e auxiliares não citados.</p> <p>Profissionais de nível elementar: agente comunitário de saúde, agente de saúde pública, atendente de enfermagem/Aux. operador de serviços diversos e assemelhados, guarda de endemias, agente de controle de zoonoses, agente de controle de vетor, parreira e outros assemelhados e profissionais da área administrativa.</p>

2.11. Último levantamento	2008	
2.12. Acesso	http://www.inep.gov.br/basicas/censo/cadastroescolas/	As informações do Censo da Educação Superior atualmente estão disponíveis na Internet. Em casos mais específicos da área de Saúde, é possível solicitar tabulações especiais, via e-mail, ao Inep (www.inep.gov.br/superior/censosuperior).

TABELA 3: Principais registros administrativos para caracterizar a força de trabalho em saúde

2.1 Base de dados	Relação Anual de Informações Sociais - (Rais)	Cadastro Geral de Empregados do Ministério de Trabalho e Emprego- (Caged)
2.2. Fonte	Ministério do Trabalho e Emprego - (Mte)	Ministério do Trabalho e Emprego- (Mte)
2.3 Descrição	A Relação Anual de Informações Sociais-(Rais) é um registro administrativo de declaração obrigatória para todos os estabelecimentos existentes no território nacional, inclusive para aqueles que não registraram vínculos empregatícios no exercício.	É um registro obrigatório para todos os estabelecimentos que tenham admitido, desligado ou transferido empregado com contrato de trabalho regido pela CLT, ou seja, que tenham efetuado qualquer tipo de movimentação em seu quadro de empregados.
2.4. Variáveis	A Rais capta as características individuais dos assalariados, como: sexo, idade, escolaridade, nacionalidade, tempo de serviço, ocupação, rendimento, desagregados em nível ocupacional, geográfico e setorial. Informações sobre o estabelecimento: natureza, (autônoma, privada, fundação privada, fundação pública, empresa pública, economia mista, organização de direito público, autarquia, administração pública direta e cartório), atividade econômica, ramo, distribuição geográfica e setorial, natureza do vínculo empregatício (CLT, estatutário, trabalhador avulso, trabalhador temporário e outros), situação do vínculo empregatício (em atividade ou em licença com remuneração e direitos, sem remuneração e com direitos integrais, acidente de trabalho serviço militar, licença gestante, auxílio-doença e inatividade), número de empregados, empregados admitidos e desligados.	O Caged registra as características individuais dos assalariados: sexo, idade, escolaridade, nacionalidade, tempo de serviço, ocupação, horas contratuais, remuneração, Informações sobre o estabelecimento: atividade econômica, empregados admitidos e desligados, número de empregados e tipo de movimentação (primeiro emprego, remanejamento, transferência de entrada, demissão com justa causa, desligamento a pedido, aposentadoria, morte e transferência de saída).
2.5. Propósito	1) Suprir as necessidades de controle da atividade trabalhista no País (arrecadação de contribuições e a distribuição de benefícios previstos na legislação trabalhista); 2) Subsidiar a adoção de medidas contra o desemprego. 3) Estabelecer mecanismos de assistência aos desempregados.	1) Acompanhar e fiscalizar o processo de admissão e dispensa de trabalhadores regidos pela CLT. 2) Subsidiar a adoção de medidas contra o desemprego. 3) Estabelecer mecanismos de assistência aos desempregados.
2.6. Periodicidade	Anual	Mensal

	1) A Rais essencialmente capta dados do mercado de trabalho relativos aos empregados e possibilita a divulgação dessas informações com diferentes recortes, tais como: tipo de vínculo, remuneração, grau de instrução, data de nascimento, nacionalidade e de informações dos estabelecimentos relativos à atividade econômica, área geográfica, entre outros.	1) As principais vantagens estão relacionadas à abrangência dessa fonte de informação, atingindo até o município, o que permite a desagregação das informações para os menores domínios geográficos, setoriais e ocupacionais pesquisados e a diversidade de cruzamento em nível ocupacional e setorial em período relativamente curto – cerca de 45 dias de defasagem – o que possibilita atualização periódica dos dados.
2.7. Vantagens	2) Os dados da Rais viabiliza o pagamento do Abono Salarial, presta subsídios ao FGTS e à Previdência Social. 3) Permite o controle da nacionalização de mão de obra do país.	1) Ausência de supervisão direta dos respondentes em campo. Em caso de omissão de declaração dos estabelecimentos, secundada por erro de preenchimento, esta última pode ocorrer por informações incompletas ou incorretas. 2) Outro problema existente está relacionado às declarações agregadas na matriz, quando o procedimento correto seria o fornecimento dessas informações por estabelecimento. 3) Capta, em grande parte, as melhores vagas do setor privado com registro em carteira.
2.8. Limitação	1) Exclui do seu escopo: empregados do setor público regidos por outro estatuto, trabalhadores avulsos (autônomos e eventuais), e os que prestam serviços por meio de sindicatos.	Brasil, grandes regiões, unidades da federação e municípios
2.9. Abrangência geográfica	Brasil, grandes regiões, unidades da federação e municípios	Brasil, grandes regiões, unidades da federação e municípios
2.10. Categorias profissionais pesquisadas	Agente comunitário de saúde, agente de saúde, agente de saúde pública, agentes comunitários de saúde e afins, agentes de saúde e do meio ambiente, atendente de seguro-saúde, atendente de serviço de saúde, auxiliar de enfermagem em saúde mental, auxiliar de enfermagem em saúde ocupacional, auxiliar de saúde (navegação marítima), auxiliar de saúde marítima, auxiliar de laboratório da saúde, chefe de serviços de saúde, cirurgião dentista de saúde coletiva, dentista de saúde coletiva, diretor de departamento de saúde, diretor de unidade de saúde, diretores e gerentes de operações em empresas de serviços de saúde, enfermeiro de saúde pública, gerente da área de saúde mental, gerente de apoio e diagnóstico de saúde, gerente de nutrição em unidades de saúde, gerente de programas de saúde, gerente de serviços de saúde, médico de saúde da família, médico de saúde pública, nutricionista (saúde pública), odontólogos de saúde coletiva, odontólogos de saúde pública, pesquisador em saúde coletiva, pesquisadores das ciências da saúde, professores de ciências biológicas e da saúde do ensino superior, psicólogo da saúde, recepcionista de seguro-saúde, técnico de enfermagem em saúde ocupacional, técnico em meio ambiente, segurança e saúde, vendedor de plano de saúde, visitador de saúde, visitador de saúde em domicílio, e outras ocupações não declaradas.	Agente comunitário de saúde, agente de saúde, agente de saúde pública, agentes comunitários de saúde e afins, agentes de saúde e do meio ambiente, atendente de seguro-saúde, atendente de serviço de saúde, auxiliar de enfermagem em saúde mental, auxiliar de enfermagem em saúde ocupacional, auxiliar de saúde (navegação marítima), auxiliar de saúde marítima, auxiliar de laboratório da saúde, chefe de serviços de saúde, cirurgião dentista de saúde coletiva, dentista de saúde coletiva, diretor de departamento de saúde, diretor de unidade de saúde, diretores e gerentes de operações em empresas de serviços de saúde, enfermeiro de saúde pública, gerente da área de saúde mental, gerente de apoio e diagnóstico de saúde, gerente de nutrição em unidades de saúde, gerente de programas de saúde, gerente de serviços de saúde, médico de saúde da família, médico de saúde pública, nutricionista (saúde pública), odontólogos de saúde coletiva, odontólogos de saúde pública, pesquisador em saúde coletiva, pesquisadores das ciências da saúde, professores de ciências biológicas e da saúde do ensino superior, psicólogo da saúde, recepcionista de seguro-saúde, técnico de enfermagem em saúde ocupacional, técnico em meio ambiente, segurança e saúde, vendedor de plano de saúde, visitador de saúde, visitador de saúde em domicílio, e outras ocupações não declaradas.
2.11. Último levantamento	2008	Outubro de 2009
2.12. Acesso	http://www.mte.gov.br/rais/default.asp	http://www.mte.gov.br/caged/default.asp

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou apresentar as principais características das pesquisas em que podemos obter informações sobre o mercado de trabalho em saúde, assim como suas limitações e potencialidades.

Conforme já comentado, há uma vasta disponibilidade de informações sobre o mercado de trabalho que provém de outras pesquisas⁶ mais pontuais, e necessário se faz conhecer a metodologia e as definições empregadas, para, de fato, utilizá-las como instrumentos de tomada de decisão e formulação de políticas para a gestão do trabalho no âmbito do SUS.

Em última análise, seria precipitado afirmar que as fontes supracitadas retratam de forma fiel os movimentos mais recentes do mercado de trabalho de saúde, quais sejam: terceirização, flexibilização das relações de trabalho, expansão do setor informal e precarização dos vínculos – dada a fragilidade de captar essas informações em estatísticas formais. Também é notório o fato de que tais movimentos ainda são muito escassos na literatura. Recentemente, algumas pesquisas de cunho mais acadêmico têm sido desenvolvidas com vistas a detalhar a situação de precarização do trabalho dos profissionais de saúde. É o caso das pesquisas⁷ realizadas pelas Estações de Trabalho da Rede Observa-RH, da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, e os *surveys* não convencionais, a exemplo das pesquisas telefônicas⁸ efetuadas pelo

Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG).

Felizmente, no âmbito do SUS, existem vários sistemas, e começam a crescer os exemplos bem-sucedidos de sistemas informatizados de gestão do trabalho, com bases estatísticas importantes sobre vínculos, jornada, contratos de trabalho etc. Essas iniciativas contribuíram favoravelmente para o desenvolvimento do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do SUS (PROGESUS), do Ministério da Saúde, que disponibiliza sistemas⁹ gerenciais de recursos humanos para subsidiar os gestores na tomada de decisões e na formulação de políticas para a gestão do trabalho em saúde.

R E F E RÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO *Notas técnicas do Censo de Educação Superior*. Brasília, DF: Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2005a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A construção da política nacional de informação e informática em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria-Executiva/Departamento de Informática do SUS, 2005b.

⁶ Como o Sistema PED, que gera indicadores de mercado de trabalho do Distrito Federal e de mais cinco regiões metropolitanas – Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador e São Paulo. Os resultados da PED decorrem do esforço conjunto do DIEESE, da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), do Ministério do Trabalho e Emprego/FAT e de governos estaduais. Ver mais detalhes em <http://www.dieese.org.br/mercadotrabalho/apresentacao>

⁷ Pesquisas elaboradas pela Estação Observa-RH ENSP/FIOCRUZ: Perfil dos Médicos no Brasil (1997); Perfil dos Pediatras (1999); Perfil dos Nefrologistas (2001); Perfil dos Dermatologistas (2003); Perfil dos Ortopedistas (2004); Perfil dos Médicos Radiologistas (2005). Ver mais detalhes em <http://www.ensp.fiocruz.br/> observar

⁸ Ver mais detalhes das pesquisas no site da UFMG/NESCON: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br>.

⁹ Os sistemas que já estão sendo disponibilizados para as secretarias são: SIGRHS (Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde) – parceria entre o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Ministério da Saúde/SGETS; ou SIARHSUS (Sistema de Administração de Recursos Humanos do SUS) e o Extrator de Dados (uma ferramenta que importa e exporta dados e informações entre sistemas, ambos desenvolvidos pelo Departamento de Informação e Informática do Ministério da Saúde (DATASUS).

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Registros administrativos do Cadastro Geral dos Empregados e Desempregados (CAGED)*. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: www.mte.gov.br/pdet/Notas_Tecnicas/conteudo/nt07307.asp - 58k. Acesso em 13 out. 2009.

BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. *Portaria SAS nº. 511/2000*. Dispõe sobre a normatização do processo de criação em todo território nacional do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde. Disponível em Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>>. Acesso: em 13 de set. de 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico (IBGE), 2000*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>. acesso em: 05 out. 2006.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 08 out. 2009.

_____. *Pesquisa Mensal de Emprego, 2009*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2009.

_____. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*, Rio de Janeiro: IBGE, 2005. 1 CD-ROM.

_____. *Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica, 2000-2005*, n. 9. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

MACHADO, M. H. et al. (org.). *O mercado de trabalho em saúde: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública (Textos de apoio), 1992, 94p.

MACHADO, M. H. Gestão municipal e contratação da força de trabalho, qual o foco do debate? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 40, jun. 2007, p. 18-21.

MARCHIORI, P. Z. A ciência e a gestão da informação: compatibilidades no espaço profissional. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 31, n. 2, mai./ago.2002, p. 2-79.

NOGUEIRA, R. P. Mercado de trabajo en salud. Conceptos y medidas. *Educación Médica Y Salud*, Washington, D.C.: Ed. Oficina Sanitária Panamericana, v. 20, n. 4, 1986.

OLIVEIRA, E. S. Tendências do mercado de trabalho de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Salvador, suplemento, 2000. 1 CD-ROM.

OLIVEIRA, E. S. O.; MOYES, N. M. Comentando os dados referentes à capacidade instalada, força de trabalho e empregos de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 56, 2000, p. 35-43.

OLIVEIRA, E. S. O.; MACHADO, M. H. *Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (P)*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, 2007, 290p.

PIERANTONI, C. R. A informação para a gestão local de recursos humanos da saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, v. 1, p. 261-77

VIACAVA, F.; BAHIA, L. Oferta de serviços de saúde: uma análise da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999. IPEA – *Textos para discussão*, Brasília: IPEA, n. 915, 2002, p. 1-48.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Luzia Cláudia Couto, consultora do Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde (DEGERTS) do Ministério da Saúde, pelo apoio técnico na revisão do trabalho.

Indicadores Essenciais para Gestão do Trabalho

Eliane dos Santos de Oliveira

Nutricionista; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).
oliveira@ensp.fiocruz.br

Grupo 1. Incluem indicadores sobre as características pessoais dos profissionais de saúde (moradia, sexo, idade, raça/cor e contribuição para a previdência social). Foram obtidos através de tabulações especiais do Censo Demográfico do IBGE.

TABELA 1.1. Profissionais de saúde por 1000 habitantes- Grandes Regiões , 2000

Categorias Profissionais	Nº de Profissionais por 100.000 hab.						
	Total (v. abs)	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Médicos	198.152	1,2	0,6	0,7	1,6	1,2	1,0
Cirurgiões-dentistas	153.413	0,9	0,4	0,4	1,3	0,9	0,9
Farmacêuticos	45.533	0,3	0,2	0,1	0,3	0,4	0,3
Enfermeiros	54.070	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3
Fisioterapeutas	51.323	0,3	0,0	0,1	0,5	0,4	0,2
Nutricionistas	26.741	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Psicólogos e Psicanalistas	62.077	0,4	0,1	0,1	0,6	0,4	0,3
Técnicos de odontologia	37.033	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3
Técnicos em laboratórios de análise clínicas	44.095	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Técnicos em fisioterapia e afins	20.458	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1
Técnicos e auxiliares em enfermagem	422.588	2,5	2,0	1,8	3,0	2,6	2,4
Agente de saúde e meio ambiente	163.692	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Atendente de enfermagem	182.474	1,1	1,8	1,3	0,6	0,8	1,3
Auxiliares de laboratório de saúde	31.656	0,2	0,8	1,0	1,2	1,1	0,9
Outras categorias de saúde	146.109	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Total	1.639.414	9,4	7,0	6,8	11,4	9,7	9,3

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do Censo Demográfico- 2000, IBGE

TABELA 1.2 PROFISSIONAIS de saúde de nível superior por situação do domicílio e número de trabalhos – Brasil, 2000

Categorias Profissionais	Nº de Profissionais por 100.000 hab.								
	Total (v. abs)	Urbana	%	Rural	%	1 Trabalho	%	2 ou mais Trabalho	%
Médicos	198.152	196.621	99,2	1.531	0,8	101.199	51,1	96.953	48,9
Cirurgiões-dentistas	153.413	152.170	99,2	1.243	0,8	115.652	75,4	37.761	24,6
Biólogos	13.922	13.678	98,2	244	1,8	11.934	85,7	1.988	14,3
Farmacêuticos	45.533	44.710	98,2	823	1,8	35.312	77,6	10.221	22,4
Enfermeiros	54.070	53.161	98,3	909	1,7	41.442	76,6	12.628	23,4
Fisioterapeutas	51.323	50.843	99,1	480	0,9	39.083	76,2	12.240	23,8
Nutricionistas	26.741	26.453	98,9	288	1,1	23.765	88,9	2.976	11,1
Psicólogos e Psicanalistas	62.077	61.575	99,2	502	0,8	48.762	78,6	13.315	21,4
Assistentes sociais	83.030	80.163	96,5	2.867	3,5	76.770	92,5	6.260	7,5
Veterinários	21.006	19.937	94,9	1.069	5,1	17.944	85,4	3.062	14,6
Total	709.267	699.311	98,6	9.956	1,4	511.863	72,2	197.404	27,8

Fonte: Elaboração própria a partir das informações do Censo Demográfico- 2000, IBGE

TABELA 1.3. Profissionais de saúde de nível superior por cor/raça – Brasil, 2000

Categorias Profissionais	Cor / raça								
	Total (v. abs)	Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%
Médicos	198.152	171.651	86,6	2.088	1,1	5.969	3,0	18.444	9,3
Cirurgiões-dentistas	153.413	133.060	86,7	1.178	0,8	6.656	4,3	12.519	8,2
Biólogos	13.922	11.432	82,1	289	2,1	392	2,8	1.809	13,0
Farmacêuticos	45.533	37.874	83,2	617	1,4	1.748	3,8	5.294	11,6
Enfermeiros	54.070	38.357	70,9	2.626	4,9	1.227	2,3	11.860	21,9
Fisioterapeutas	51.323	44.455	86,6	850	1,7	1.124	2,2	4.894	9,5
Nutricionistas	26.741	19.837	74,2	1.317	4,9	713	2,7	4.874	18,2
Psicólogos e Psicanalistas	62.077	55.257	89,0	778	1,3	692	1,1	5.350	8,6
Assistentes sociais	83.030	55.719	67,1	4.385	5,3	518	0,6	22.408	27,0
Veterinários	21.006	18.343	87,3	199	0,9	442	2,1	2.022	9,6
Total	709.267	585.985	82,6	14.327	2,0	19.481	2,7	89.474	12,6

Fonte:IBGE, Elaboração própria a partir das informações do Censo Demográfico- 2000

TABELA 1.4. Profissionais de saúde selecionadas por situação de trabalho e contribuição para a previdência social - Brasil, 2000

Categorias de saúde selecionados por carteira assinada e contribuição para a previdência	Total (v. abs)	Homens	%	Mulheres	%
Total	690.710	364.281	52,7	326.429	47,3
Médicos	328.517	213.548	65,0	114.969	35,0
Com carteira de trabalho assinada	65.486	39.068	59,7	26.418	40,3
Militares e funcionários públicos estatutários	28.103	16.062	57,2	12.041	42,8
Outros sem carteira de trabalho assinadas	132.669	87.868	66,2	44.801	33,8
Contribuintes	84.540	58.539	69,2	26.001	30,8
Não contribuintes	17.719	12.011	67,8	5.708	32,2
Cirurgiões-dentistas	288.567	143.563	49,8	145.004	50,2
Com carteira de trabalho assinada	17.398	6.756	38,8	10.642	61,2
Militares e funcionários públicos estatutários	9.963	4.319	43,4	5.644	56,6
Outros sem carteira de trabalho assinadas	136.010	68.531	50,4	67.479	49,6
Contribuintes	94.077	47.734	50,7	46.343	49,3
Não contribuintes	31.119	16.223	52,1	14.896	47,9
Enfermeiros	73.626	7.170	9,7	66.456	90,3
Com carteira de trabalho assinada	34.393	3.184	9,3	31.209	90,7
Militares e funcionários públicos estatutários	13.090	1.327	10,1	11.763	89,9
Outros sem carteira de trabalho assinadas	19.673	2.009	10,2	17.664	89,8
Contribuintes	3.674	424	11,5	3.250	88,5
Não contribuintes	2.796	226	8,1	2.570	91,9

Fonte: IBGE, Elaboração própria a partir das informações do Censo Demográfico- 2000

TABELA 1.5- Profissionais de saúde selecionados por grupos de idades e sexo - Brasil, 2000

Categorias Profissionais	Grupos de idades											
	Total	20 a 29 anos	%	30 a 39 anos	%	40 a 49 anos	%	50 a 59 anos	%	60 anos ou mais	%	
Médicos	Total	198.152	31.395	15,8	57.902	29,2	60.569	30,6	34.540	17,4	13.742	6,9
	Homens	126.934	16.176	12,7	31.504	24,8	39.261	30,9	27.707	21,8	12.282	9,7
	Mulheres	71.218	15.219	21,4	26.398	37,1	21.308	29,9	6.833	9,6	1.460	2,1
Cirurgiões dentistas	Total	153.413	39.211	25,6	51.480	33,6	37.656	24,5	15.628	10,2	9.438	6,2
	Homens	75.287	14.023	18,6	23.026	30,6	19.165	25,5	10.846	14,4	8.227	10,9
	Mulheres	78.126	25.188	32,2	28.454	36,4	18.491	23,7	4.782	6,1	1.211	1,6
Enfermeiros	Total	54.070	13.016	24,1	21.165	39,1	14.894	27,5	3.903	7,2	1.092	2,0
	Homens	5.197	1.379	26,5	2.057	39,6	1.460	28,1	259	5,0	42	0,8
	Mulheres	48.873	11.635	23,8	19.110	39,1	13.434	27,5	3.644	7,5	1.050	2,1

Fonte: IBGE, Elaboração própria a partir das informações do Censo Demográfico- 2000

GRUPO 2. São indicadores que mostram a disponibilidade e oferta de profissionais de saúde no mercado. O número de profissionais ativos foram obtidos na base de dados dos registros disponíveis pelos conselhos federais de saúde nos seus respectivos sites: www.cfm.org.br; www.cfo.org.br; www.cofen.org.br. A população utilizada para construir o indicador foi obtida nos dados do Censo Demográfico: www.ibge.gov.br

TABELA 2.1. População residente por regiões e estados, médicos, odontólogos e enfermeiros ativos inscritos nos conselhos federais -Brasil, 2009

Brasil, regiões e UFs	População	Médicos	Odontólogos	Enfermeiros	Nº de médicos por 1000 hab.	Nº de odontólogos por 1000hab	Nº de enfermeiros por 1000hab
Brasil	191.481.045	344.034	229.975	178.546	1,80	1,20	0,93
Região Norte	15.359.645	14.186	9.073	13.572	0,92	0,59	0,88
Rondônia	1.503.911	1.425	1.237	391	0,95	0,82	0,26
Acre	691.169	634	421	697	0,92	0,61	1,01
Amazonas	3.393.357	3.534	2.087	6.089	1,04	0,62	1,79
Roraima	421.497	544	299	717	1,29	0,71	1,70
Pará	7.431.041	5.850	3.318	3.957	0,79	0,45	0,53
Amapá	626.607	607	377	434	0,97	0,60	0,69
Tocantins	1.292.063	1.592	1.334	1.287	1,23	1,03	1,00
Região Nordeste	53.591.299	57.167	32.119	35.459	1,07	0,60	0,66
Maranhão	6.367.111	3.985	2.325	3.176	0,63	0,37	0,50
Piauí	3.145.164	2.727	1.825	2.334	0,87	0,58	0,74
Ceará	8.547.750	8.451	4.679	6.508	0,99	0,55	0,76
Rio Grande do Norte	3.137.646	3.910	2.550	2.305	1,25	0,81	0,73
Paraíba	3.769.954	4.543	3.086	4.009	1,21	0,82	1,06
Pernambuco	8.810.318	12.091	5.914	5.288	1,37	0,67	0,60
Alagoas	3.156.101	3.578	2.062	1.715	1,13	0,65	0,54
Sergipe	2.019.755	2.556	1.408	1.595	1,27	0,70	0,79
Bahia	14.637.500	15.326	8.270	8.529	1,05	0,56	0,58
Região Sudeste	80.915.637	195.261	132.876	80.292	2,41	1,64	0,99
Minas Gerais	20.034.068	34.785	27.736	14.758	1,74	1,38	0,74
Espírito Santo	3.487.094	6.721	4.275	2.858	1,93	1,23	0,82
Rio de Janeiro	16.010.386	54.229	26.834	19.029	3,39	1,68	1,19
São Paulo	41.384.089	99.526	74.031	43.647	2,40	1,79	1,05
Região Sul	27.718.997	52.128	36.735	27.846	1,88	1,33	1,00
Paraná	10.686.228	17.622	14.534	8.015	1,65	1,36	0,75
Santa Catarina	6.118.727	10.755	8.496	5.937	1,76	1,39	0,97
Rio Grande do Sul	10.914.042	23.751	13.705	13.894	2,18	1,26	1,27
Região Centro-Oeste	13.895.467	25.292	19.172	21.377	1,82	1,38	1,54
Mato Grosso do Sul	2.360.550	3.604	3.013	1.531	1,53	1,28	0,65
Mato Grosso	3.001.725	3.413	3.237	11.753	1,14	1,08	3,92
Goiás	5.926.308	9.001	7.324	3.840	1,52	1,24	0,65
Distrito Federal	2.606.884	9.274	5.598	4.253	3,56	2,15	1,63

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos Conselhos Federais- situação em dez/2009

GRUPO 3. Os Indicadores de Formação em Saúde foram construídos a partir de tabulações especiais do Censo da Educação Superior realizado pelo Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação. Maiores informações no site: <http://www.inep.gov.br>

TABELA 3.1. Caracterização da formação na área de saúde – Brasil, 2007

Áreas da saúde	Cursos existentes	Vagas ofertadas no ano	Matrículas existentes	Concluintes no ano	Vagas/Cursos	Concluintes por cursos	Concluintes por habitantes
Ciências Biológicas	787	65.654	126.659	20.284	83,4	25,8	1/9.169
Educação Física	705	91.998	184.069	30.879	130,5	43,8	1/6.023
Enfermagem	635	99.497	213.098	32.616	156,7	51,4	1/5.703
Farmácia	319	38.957	86.737	11.974	122,1	37,5	1/15.537
Fisioterapia	457	63.418	106.838	16.273	138,8	35,6	1/11.430
Fonoaudiologia	106	6.821	10.406	2.042	64,3	19,3	1/91.087
Medicina	170	14.748	79.246	10.133	86,8	59,6	1/18.355
Medicina Veterinária	146	14.339	41.891	5.673	98,2	38,9	1/32.787
Nutrição	292	32.187	55.641	7.746	110,2	26,5	1/24.012
Odontologia	193	16.141	46.723	8.366	83,6	43,3	1/22.233
Psicologia	402	58.372	111.124	16.778	145,2	41,7	1/11.086
Serviço Social e orientação	263	27.449	52.868	7.899	104,4	30,0	1/23.547
Terapia ocupacional e reabilitação	61	3745	4949	1330	61,4	21,8	1/139.850
Total	4536	533.326	1.120.249	171.993	117,6	38,0	1/1088

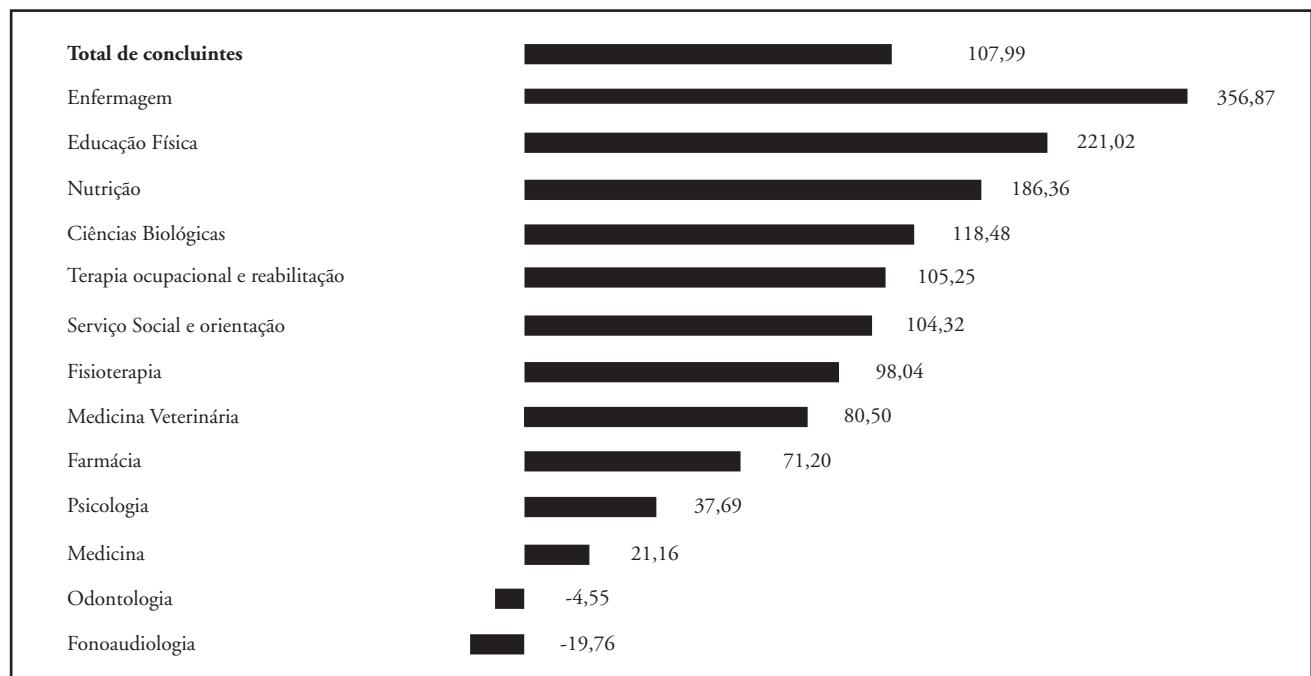
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Censo da Educação Superior do INEP, 2007

TABELA 3.2. Movimentação dos concluintes dos cursos de graduação no período de 2001- 2007- Brasil

Cursos na área de saúde	2001		2003		2005		2007		variação no período de 2001-2007
	V.abs.	%	V.abs.	%	V.abs.	%	V.abs.	%	
Ciências Biológicas	9.284	11,1	13.045	11,7	18.692	13,1	20.284	11,7	118,48
Educação Física	9.619	11,5	14.560	13,0	21.228	14,8	30.879	17,7	221,02
Enfermagem	7.139	8,5	11.252	10,1	19.968	13,9	32.616	18,7	356,87
Farmácia	6.994	8,4	9.703	8,7	11.276	7,9	11.974	6,9	71,20
Fisioterapia	8.217	9,8	12.615	11,3	15.136	10,6	16.273	9,3	98,04
Fonoaudiologia	2.545	3,0	2.372	2,1	2.652	1,9	2.042	1,2	-19,76
Medicina	8.363	10,0	9.113	8,1	10.004	7,0	10.133	5,8	21,16
Medicina Veterinária	3.143	3,8	4.303	3,8	4.690	3,3	5.673	3,3	80,50
Nutrição	2.705	3,2	4.418	3,9	6.317	4,4	7.746	4,4	186,36
Odontologia	8.765	10,5	9.848	8,8	8.919	6,2	8.366	4,8	-4,55
Psicologia	12.185	14,6	14.581	13,0	16.261	11,4	16.778	9,6	37,69
Serviço Social e orientação	3.866	4,6	4.679	4,2	6.035	4,2	7.899	4,5	104,32
Terapia ocupacional e reabilitação	648	0,8	1.104	1,0	1.334	0,9	1.330	0,8	105,25
Total de concluintes	83.702	100,0	111.909	100,0	143.162	100,0	174.091	100,0	107,99

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Censo da Educação Superior do INEP, 2007

FIGURA 3.1. Taxa de crescimento dos concluintes dos cursos de graduação na área de saúde no período 2001-2007-Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Censo da Educação Superior do INEP, 2007

GRUPO 4. Os Indicadores sobre admissão, demissão, salários e horas trabalhadas foram extraídos do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Maiores informações sobre a fonte://www.caged.gov.br

TABELA 4.1. Movimento de contratação e desligamento de profissionais de saúde no ano de 2009-Brasil

Categorias Profissionais	Admitidos	Desligados	Estoque
Médicos	7.354	6.102	1.252
Cirurgiões-dentistas	697	650	47
Veterinários e zootecnistas	378	312	66
Farmacêuticos	7.107	6.138	969
Enfermeiros	7.628	5.644	1.984
Profissionais da fisioterapia, fonoaudiologia e afins	1.834	1.028	806
Nutricionistas	2.167	1.715	452
Fonoaudiólogos	464	319	145
Terapeutas ocupacionais e afins	235	175	60
Psicólogos e psicanalistas	1.566	1.112	454
Assistentes sociais e economistas domésticos	1.928	1.385	543
Biólogos e afins	577	460	117
Biomédicos	53	13	40

TABELA 4.2. Salários médios, média de horas semanais contratadas, média salarial por hora de trabalho e razão salarial de celetistas, por ocupação de saúde – Brasil, Julho a Setembro de 2009

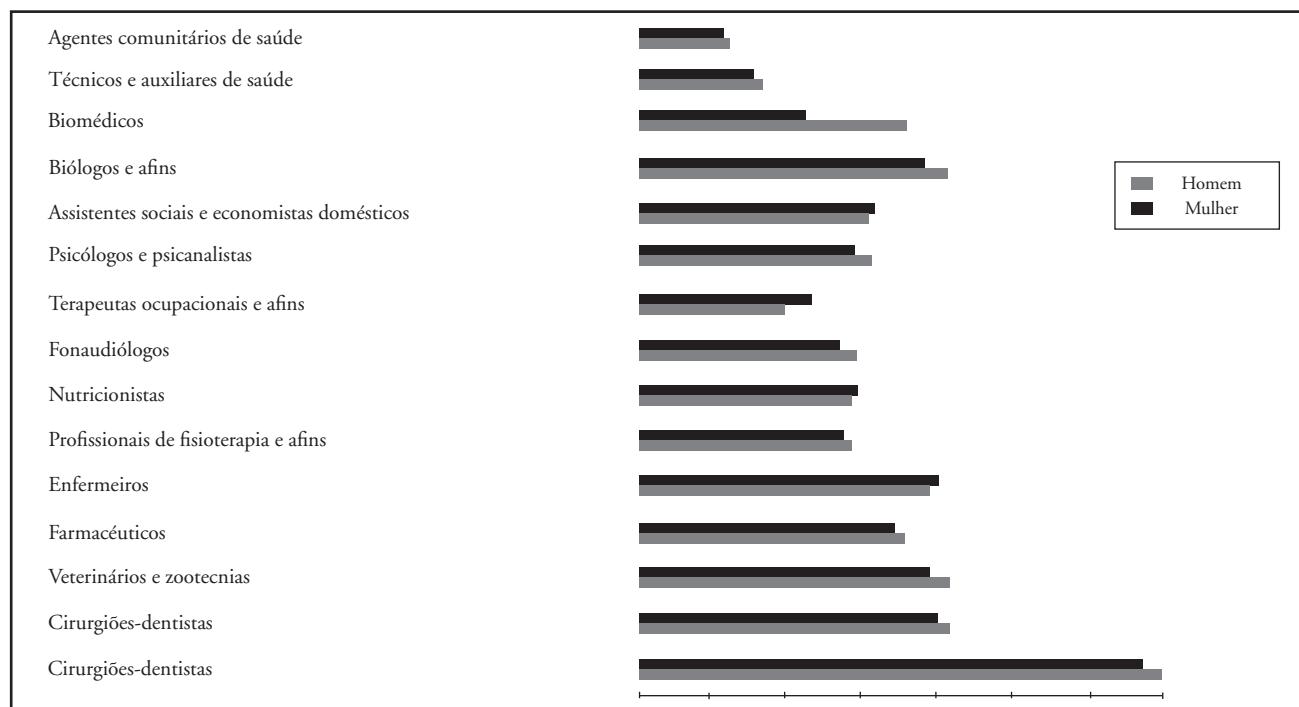
Categorias Profissionais	Salário médio de contratação	Média horas semanais contratadas	Média salarial por hora de trabalho	Índice salarial hora do médico=100
Médicos	R\$ 3.410,14	24,67	R\$ 34,56	100,00
Cirurgiões-dentistas	R\$ 2.057,78	31,44	R\$ 16,36	47,35
Veterinários e zootecnistas	R\$ 2.045,67	39,51	R\$ 12,94	37,46
Farmacêuticos	R\$ 1.708,82	40,64	R\$ 10,51	30,42
Enfermeiros	R\$ 2.009,62	38,21	R\$ 13,15	38,05
Profissionais da fisioterapia e afins	R\$ 1.302,08	31,61	R\$ 10,30	29,8
Nutricionistas	R\$ 1.404,33	40,49	R\$ 8,67	25,09
Fonoaudiólogos	R\$ 1.361,15	32,96	R\$ 10,32	29,88
Terapeutas ocupacionais e afins	R\$ 1.167,40	26,94	R\$ 10,83	31,35
Psicólogos e psicanalistas	R\$ 1.484,29	34,96	R\$ 10,61	30,71
Assistentes sociais e economistas domésticos	R\$ 1.587,87	37,95	R\$ 10,46	30,27
Biólogos e afins	R\$ 1.953,72	40,47	R\$ 12,07	34,92
Biomédicos	R\$ 1.382,58	35,38	R\$ 9,77	28,27
Técnicos e auxiliares de enfermagem	R\$ 873,08	38,94	R\$ 5,61	16,22
Agentes comunitários de saúde e afins	R\$ 615,42	40,99	R\$ 3,75	10,86

Fonte: CAGED/MTE – Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG.

TABELA 4.3. Salários médios de contratação de profissionais de saúde por gênero (regime CLT) - Brasil-Jul-Set-2009

Categorias Profissionais	Salários médios de contratação por sexo		
	Homem	Mulher	Total
Médicos	R\$ 3.487,37	R\$ 3.318,20	R\$ 3.410,14
Cirurgiões-dentistas	R\$ 2.165,45	R\$ 2.007,81	R\$ 2.057,78
Veterinários e zootecnistas	R\$ 2.138,07	R\$ 1.925,09	R\$ 2.045,67
Farmacêuticos	R\$ 1.733,29	R\$ 1.697,71	R\$ 1.708,82
Enfermeiros	R\$ 1.970,20	R\$ 2.016,76	R\$ 2.009,62
Profissionais da fisioterapia e afins	R\$ 1.346,41	R\$ 1.289,40	R\$ 1.302,08
Nutricionistas	R\$ 1.338,79	R\$ 1.409,25	R\$ 1.404,33
Fonoaudiólogos	R\$ 1.423,69	R\$ 1.357,38	R\$ 1.361,15
Terapeutas ocupacionais e afins	R\$ 999,60	R\$ 1.178,85	R\$ 1.167,40
Psicólogos e psicanalistas	R\$ 1.624,31	R\$ 1.464,28	R\$ 1.484,29
Assistentes sociais e economistas domésticos	R\$ 1.552,55	R\$ 1.590,96	R\$ 1.587,87
Biólogos e afins	R\$ 2.080,93	R\$ 1.902,97	R\$ 1.953,72
Biomédicos	R\$ 1.831,42	R\$ 1.251,22	R\$ 1.382,58
Técnicos e auxiliares de enfermagem	R\$ 916,67	R\$ 861,48	R\$ 873,08
Agentes comunitários de saúde e afins	R\$ 633,04	R\$ 610,09	R\$ 615,42

Fonte: CAGED/MTE – Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG.



Fonte: CAGED/MTE – Elaboração: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado – EPSM/NESCON/FM/UFMG.

GRUPO 5. Os Indicadores sobre Empregos, Capacidade Instalada (Estabelecimentos e Leitos Hospitalares) e Empregos são provenientes da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária-AMS, desenvolvida pelo IBGE nos anos de 2005/2006. Detalhes sobre a fonte ver: <http://www.datasus.gov.br/ams>

TABELA 5.1. Caracterização dos Leitos para internação em estabelecimentos de saúde - Brasil, 2005

Brasil, regiões e UFs	Total	Público	%	Leitos SUS	%	Exclusivamente privado	%
Total	443.210	148.966	33,6	390.544	88,1	52.666	11,9
Região Norte	27.163	15.667	57,7	24.452	90,0	2.711	10,0
Rondônia	3.079	2.102	68,3	2.411	78,3	668	21,7
Acre	1.561	1.221	78,2	1.483	95,0	78	5,0
Amazonas	5.042	4.195	83,2	4.656	92,3	386	7,7
Roraima	600	542	90,3	551	91,8	49	8,2
Pará	13.367	4.980	37,3	12.148	90,9	1.219	9,1
Amapá	742	559	75,3	686	92,5	56	7,5
Tocantins	2.772	2.068	74,6	2.517	90,8	255	9,2
Região Nordeste	115.857	52.492	45,3	108.955	94,0	6.902	6,0
Maranhão	13.837	8.018	57,9	13.141	95,0	696	5,0
Piauí	7.425	4.644	62,5	7.162	96,5	263	3,5
Ceará	17.343	7.270	41,9	16.443	94,8	900	5,2
Rio Grande do Norte	7.189	3.509	48,8	6.826	95,0	363	5,0
Paraíba	9.040	4.116	45,5	8.647	95,7	393	4,3
Pernambuco	21.293	9.841	46,2	19.444	91,3	1.849	8,7
Alagoas	5.953	2.131	35,8	5.749	96,6	204	3,4
Sergipe	3.564	857	24,0	3.436	96,4	128	3,6
Bahia	30.213	12.106	40,1	28.107	93,0	2.106	7,0
Região Sudeste	191.453	53.428	27,9	159.391	83,3	32.062	16,7
Minas Gerais	46.276	10.619	22,9	41.919	90,6	4.357	9,4
Espírito Santo	7.644	2.288	29,9	6.636	86,8	1.008	13,2
Rio de Janeiro	45.055	17.208	38,2	36.175	80,3	8.880	19,7
São Paulo	92.478	23.313	25,2	74.661	80,7	17.817	19,3
Região Sul	74.558	14.859	19,9	67.885	91,0	6.673	9,0
Paraná	28.340	6.102	21,5	25.763	90,9	2.577	9,1
Santa Catarina	15.618	3.932	25,2	14.565	93,3	1.053	6,7
Rio Grande do Sul	30.600	4.825	15,8	27.557	90,1	3.043	9,9
Região Centro-Oeste	34.179	12.520	36,6	29.861	87,4	4.318	12,6
Mato Grosso do Sul	6.194	1.490	24,1	5.553	89,7	641	10,3
Mato Grosso	6.706	2.370	35,3	6.087	90,8	619	9,2
Goiás	16.310	5.205	31,9	14.573	89,4	1.737	10,6
Distrito Federal	4.969	3.455	69,5	3.648	73,4	1.321	26,6

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 2005

TABELA 5.2. Leitos por habitantes- Brasil, 2005

Brasil, regiões e UFs	Total de Leitos por 1000 hab	Leitos públicos por 1000 hab	Leitos SUS por 1000 hab	Leitos privados por 1000 hab
Brasil	2,4	0,8	2,1	0,3
Região Norte	1,8	1,1	1,7	0,2
Rondônia	2,0	1,4	1,6	0,4
Acre	2,3	1,8	2,2	0,1
Amazonas	1,6	1,3	1,4	0,1
Roraima	1,5	1,4	1,4	0,1
Pará	1,9	0,7	1,7	0,2
Amapá	1,2	0,9	1,2	0,1
Tocantins	2,1	1,6	1,9	0,2
Região Nordeste	2,3	1,0	2,1	0,1
Maranhão	2,3	1,3	2,2	0,1
Piauí	2,5	1,5	2,4	0,1
Ceará	2,1	0,9	2,0	0,1
Rio Grande do Norte	2,4	1,2	2,3	0,1
Paraíba	2,5	1,1	2,4	0,1
Pernambuco	2,5	1,2	2,3	0,2
Alagoas	2,0	0,7	1,9	0,1
Sergipe	1,8	0,4	1,7	0,1
Bahia	2,2	0,9	2,0	0,2
Região Sudeste	2,4	0,7	2,0	0,4
Minas Gerais	2,4	0,6	2,2	0,2
Espírito Santo	2,2	0,7	1,9	0,3
Rio de Janeiro	2,9	1,1	2,4	0,6
São Paulo	2,3	0,6	1,8	0,4
Região Sul	2,8	0,6	2,5	0,2
Paraná	2,8	0,6	2,5	0,3
Santa Catarina	2,7	0,7	2,5	0,2
Rio Grande do Sul	2,8	0,4	2,5	0,3
Região Centro-Oeste	2,6	1,0	2,3	0,3
Mato Grosso do Sul	2,7	0,7	2,5	0,3
Mato Grosso	2,4	0,8	2,2	0,2
Goiás	2,9	0,9	2,6	0,3
Distrito Federal	2,1	1,5	1,6	0,6

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, IBGE, 2005

TABELA 5.3. Capacidade Instalada – Estabelecimentos por habitantes -Brasil, 2005

Brasil, regiões e UFs	Total de Estabelecimentos	Habitante por Estabelecimento	Total de Estabelecimentos_SUS(*)	Habitante por Estabelecimentos_SUS
Brasil	77.004	2.355	54855	3.306
Região Norte	5.528	2.595	4751	3.019
Rondônia	624	2.410	450	3.342
Acre	337	1.863	287	2.187
Amazonas	982	3.227	879	3.605
Roraima	426	887	391	967
Pará	2.281	2.988	1992	3.422
Amapá	270	2.116	222	2.573
Tocantins	608	2.099	530	2.408
Região Nordeste	22.834	2.206	18564	2.714
Maranhão	2.152	2.795	1943	3.095
Piauí	1.680	1.771	1546	1.924
Ceará	3.206	2.484	2655	3.000
Rio Grande do Norte	1.639	1.805	1348	2.195
Paraíba	2.158	1.652	1825	1.954
Pernambuco	3.509	2.370	2714	3.064
Alagoas	1.304	2.283	1193	2.496
Sergipe	902	2.141	782	2.470
Bahia	6.284	2.176	4558	3.000
Região Sudeste	28.371	2.724	17701	4.365
Minas Gerais	10.592	1.791	7785	2.437
Espírito Santo	1.755	1.907	1187	2.819
Rio de Janeiro	5.085	2.987	2593	5.857
São Paulo	10.939	3.635	6136	6.481
Região Sul	13.113	2.029	9508	2.798
Paraná	4.780	2.118	3528	2.869
Santa Catarina	3.732	1.545	2581	2.234
Rio Grande do Sul	4.601	2.329	3399	3.152
Região Centro-Oeste	7.158	1.781	4331	2.943
Mato Grosso do Sul	1.107	2.012	765	2.912
Mato Grosso	1.811	1.515	1445	1.899
Goiás	2.519	2.183	1948	2.822
Distrito Federal	1.721	1.323	173	13.163

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2005.

(*)Representa o somatório dos estabelecimentos públicos e os particulares que prestam serviços ao SUS

TABELA. 5. 4. Proporção de empregos médicos por especialidades e grandes regiões- Brasil, 2005

Médicos	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total	527.625	21.412	105.279	282.771	81.022	37.141
Anestesista	5,1	5,8	5,9	4,9	4,8	5,5
Cirurgião Geral	6,4	7,5	6,5	6,1	6,8	6,4
Clínico Geral	17,9	22,9	17,4	17,4	19,7	15,7
Geriatra	0,4	0,2	0,3	0,4	0,4	0,3
Gineco-obstetra	11,5	12,9	10,9	11,4	12,1	11,6
Médico de família	5,8	8,3	12,0	3,0	6,5	6,0
Radiologista	3,1	2,0	2,4	3,3	3,5	3,4
Pediatra	11,8	15,0	10,6	12,6	10,6	10,2
Psiquiatra	1,9	1,0	1,7	2,1	2,2	1,3
Patologista	0,8	0,8	0,7	0,9	0,6	1,0
Médico Residente	3,2	2,0	1,6	3,7	3,5	2,9
Outras especialidades médicas	32,1	21,6	30,0	34,1	29,1	35,8

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, IBGE, 2005

TABELA. 5.5. Proporção de empregos de enfermagem na equipe por grandes regiões- Brasil, 2005

Categorias de enfermagem	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total (V.abs.)	726.910	46.712	174.932	349.389	107.177	48.700
Enfermeiro	16,0	14,6	18,0	15,5	15,7	14,3
Técnico de enfermagem	22,2	26,7	17,0	19,8	32,1	32,2
Auxiliar de enfermagem	55,3	48,4	55,5	59,3	48,1	47,7
At.de enfermagem/aux operador servs divs	6,3	9,5	8,6	5,4	4,0	5,7
Parteira	0,29	0,77	0,90	0,02	0,07	0,02

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, IBGE, 2005

TABELA 5.6. Proporção de empregos de nível superior por grandes regiões- Brasil, 2005

Médicos	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Total	870.361	39.147	184.275	447.312	136.274	63.353
Médicos	60,6	54,7	57,1	63,2	59,5	58,6
Enfermeiro	13,3	17,5	17,1	12,1	12,3	11,0
Odontólogo	8,2	8,9	9,3	6,9	9,3	11,4
Nutricionista	1,4	1,5	1,7	1,3	1,5	1,5
Assistente Social	1,8	2,9	2,1	1,7	1,4	1,4
Bioquímico/ Farmacêutico	3,8	6,7	4,7	2,7	4,8	5,0
Fisioterapeuta	3,7	2,6	3,3	3,9	3,8	4,2
Fonoaudiólogo	1,2	0,7	0,8	1,3	1,1	1,5
Psicólogo	2,3	1,7	1,7	2,4	2,8	2,6
Sanitarista	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4
Outras de nível superior	3,4	2,6	2,1	4,2	3,4	2,4

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2005.

TABELA 5.7. Número de enfermeiros por 100 leitos por Região e Unidade da Federação - Brasil, 2005

Brasil, regiões e UFs	Relação enfermeiro/leito	Brasil, regiões e UFs	Relação enfermeiro/leito
Brasil	15,0	Alagoas	12,9
Região Norte	11,8	Sergipe	11,6
Rondônia	13,0	Bahia	12,6
Acre	15,7	Região Sudeste	18,6
Amazonas	15,7	Minas Gerais	9,3
Roraima	36,5	Espírito Santo	15,9
Pará	8,4	Rio de Janeiro	23,7
Amapá	20,5	São Paulo	21,0
Tocantins	10,1	Região Sul	11,5
Região Nordeste	13,4	Paraná	10,3
Maranhão	9,7	Santa Catarina	7,7
Piauí	10,2	Rio Grande do Sul	14,6
Ceará	13,2	Região Centro-Oeste	10,4
Rio Grande do Norte	15,1	Mato Grosso do Sul	6,8
Paraíba	10,7	Mato Grosso	9,1
Pernambuco	19,2	Goiás	6,3
		Distrito Federal	29,9

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, IBGE, 2005

GRUPO 6. Os indicadores sobre Ocupações e Profissionais de Saúde foram construídos a partir das informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponíveis no site: <http://www.datasus.gov.br/cnes>

TABELA 6.1. Número de ocupações/empregos e profissionais cadastrados no CNES -Brasil, 2009

Categorias Profissionais	Nº de ocupações	Nº de profissionais	Relação ocupação/profissional
Anestesista	37.344	16.518	2,3
Assistente social	22.650	19.064	1,2
Bioquímico/farmacêutico	43.055	29.073	1,5
Cirurgião geral	55.663	26.298	2,1
Clínico geral	175.521	78.963	2,2
Enfermeiro	143.334	116.458	1,2
Fisioterapeuta	51.872	39.751	1,3
Fonoaudiólogo	18.022	13.119	1,4
Gineco obstetra	82.973	16.186	5,1
Médico de família	35.181	16.060	2,2
Nutricionista	17.040	12.701	1,3
Odontólogo	137.805	95.936	1,4
Pediatra	80.900	20.519	3,9
Psicólogo	38.022	30.707	1,2
Psiquiatra	16.149	5.923	2,7
Radiologista	29.960	9.400	3,2
Sanitarista	1.393	500	2,8
Outras especialidades médicas	324.098	87.715	3,7
Outras ocupações de nível superior	25.638	20.591	1,2
Total	1.336.620	655.482	2,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES disponibilizados no site do Datasus, situação em dez/2009, MS

TABELA 6.2. Número de profissionais de nível superior cadastrados no CNES e a relação dos que atendem ao SUS -Brasil, 2009

Categorias Profissionais	Nº de profissionais	% de profissionais que atende ao SUS
Anestesista	16.518	85,5
Assistente social	19.064	96,3
Bioquímico/farmacêutico	29.073	83,3
Cirurgião geral	26.298	87,5
Clínico geral	78.963	85,2
Enfermeiro	116.458	92,0
Fisioterapeuta	39.751	64,4
Fonoaudiólogo	13.119	66,4
Gineco obstetra	16.186	62,9
Médico de família	16.060	100,0
Nutricionista	12.701	81,3
Odontólogo	95.936	55,8
Pediatra	20.519	77,3
Psicólogo	30.707	68,9
Psiquiatra	5.923	78,4
Radiologista	9.400	60,0
Sanitarista	500	91,2
Outras especialidades médicas	87.715	61,5
Outras ocupações de nível superior	20.591	81,6
Total	655.482	75,8

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES disponibilizados no site do Datasus, situação em dez/2009, MS

TABELA 6.3. Médicos especialistas cadastrados no CNES que atendem ao SUS-Brasil, 2009

Categorias de saúde	Nº de profissionais	% de profissionais que atende ao SUS
Total de médicos	278.082	75,9
Hansenologista	15	100
Médico de família	16.060	100
Sanitarista	500	100
Cirurgião geral	26.298	87,5
Infectologista	1.205	86,4
Anestesiologista	16.518	85,5
Clínico geral	79.165	85,2
Nefrologista	1.576	81,7
Geneticista	170	79,4
Cirurgião de cabeça e pescoço	1.223	78,9
Legista	14	78,6
Psiquiatra	5.923	78,4
Medicina intensiva ceteísta	3.087	78,2
Radioterapeuta	315	77,8
Ortopedista e traumatólogista	7.694	64,8
Cardiologista	16.580	64,7
Patologista	860	64
Cirurgião de mama	260	63,8
Oncologista	979	63,3
Gineco obstetra	16.186	62,9
Médico Fisiatria	537	62
Neurofisiologista	70	61,4
Foniatra	41	61
Radiologista	9.400	60
Endoscopista	1.170	58,8
Reumatologista	776	57,6
Urologista Andrologista	1.815	56,3
Oftalmologista	9.718	56,2
Pediatria	20.519	77,3

Categorias de saúde	Nº de profissionais	% de profissionais que atende ao SUS
Hemoterapeuta	200	77
Hematologista	1.217	76,8
Cirurgião pediátrico	1.082	76,3
Anatomopatologista	1.874	76
Cirurgião vascular	215	74,4
Citopatologista	677	74,2
Neurocirurgião	1.723	71,7
Medicina nuclear	502	71,7
Cirurgião torácico	298	69,5
Cirurgião do aparelho digestivo	2.469	69,3
Neuropediatra	2.570	66,4
Pneumologista	1.148	66,3
Cirurgião cardiovascular	1.811	65,5
Médico em eletroencefalografia	29	65,5
Otorrinolaringologista	3.764	54,2
Angiologista	2.530	53,8
Geriatra	532	50,8
Gastroenterologista	1.302	50,5
Cirurgião plástico	2.586	50
Proctologista	309	49,8
Endocrinologista	2.620	49,8
Médico do trabalho	1.497	48,9
Perito	50	48
Alergista e imunologista	1.313	47,3
Dermatologista	4.963	42,6
Homeopata	750	42,1
Broncosofalogoista	12	41,7
Nutrologista	81	39,5
Acupunturista	1.262	38,7
Medicina de trâfego	22	22,7

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do CNES disponibilizados no site do Datasus, situação em dez/2009, MS

Uma homenagem ao Roberto Chabo*

A homage to Roberto Chabo

Alan Castro Azevedo e Silva¹
Elaine Soares de Azevedo e Silva²

¹ Médico nefrologista; membro da Sociedade Brasileira de Nefrologia.
alancastro@atemex.com.br

² Jornalista;
elaine.olinda@gmail.com



A trajetória profissional do médico Roberto Chabo confunde-se com a própria história da nefrologia no Rio de Janeiro. Por isso, não se pode falar em perfil de nefrologistas sem falar desse médico de 71 anos, 45 dos quais dedicados à medicina.

Nascido em Recife (PE), formado pela Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, em 1961, Chabo veio para o Rio de Janeiro em 1962, a fim de fazer clínica médica. A nefrologia não era ainda uma especialidade na época, pois, devido à falta da formação de ‘nefrólogo’, não havia quem tivesse formação específica em nefrologia. Por conta da existência de alguns assuntos que despertavam o interesse de alguns médicos, esses poucos profissionais estudavam por meio de livros importados.

Ainda em Pernambuco, no 4º ano médico, curiosamente, Chabo ouviu falar de um professor, no Rio de Janeiro, que estudava a água e os eletrólitos. Era um

tema bastante pertinente, porque interessava a várias especialidades médicas, como pediatria e cirurgia. O manejo das ocorrências do dia a dia, como uma diarreia, era difícil e limitado, levando muitos pacientes à morte.

Era Jayme Landman, já naquela época docente da Universidade Federal Fluminense, em Niterói. Landman foi o clínico que vislumbrou que o equilíbrio hidrossalino era um caminho a ser seguido pela medicina. Para Chabo, o que diferenciava Landman dos outros médicos não era o conhecimento sobre algo ainda não conhecido, porque o equilíbrio dos sais não era novidade, mas, sim, saber manejá-lo bem os pacientes.

Ao chegar ao Rio de Janeiro, Chabo começou, como residente, a trabalhar com eletrólitos, atuando na clínica médica. Logo depois, ainda em 1962, ele já participava de um congresso de nefrologia. O serviço de água e eletrólitos já estava formado, chefiado por

* Roberto Chabo, médico nefrologista, e Walter Luiz Gouvêa Filho, médico nefrologista; presidente da Sociedade de Nefrologia do Rio de Janeiro.

Jayme Landman, no Hospital dos Servidores do Estado (HSE), e composto por médicos como Youssef Bedran, Francisco Santino Filho e Luiz Carlos Leal, entre outros.

RIM ARTIFICIAL

Em 1956, o HSE recebeu seu primeiro rim artificial, o que representou um marco para a instituição. “Os recursos diagnósticos eram difíceis”, declara Chabo, “e a imunofluorescência, por exemplo, que é importan- tíssima para o diagnóstico das glomerulopatias, estava disponível naquela época para nós. Para fazer as sessões de diálises, era preciso preparar manualmente cada sal envolvido, sempre com a dosagem químico-eletrolítica correta, correspondente à composição do sangue, e montar os sais, fazer o rim artificial funcionar”.

Naquela época, até para colocar o cateter era preciso dissecar uma artéria e uma veia do paciente por sessão, o que limitava a hemodiálise. Os banhos eram preparados de forma arcaica. Para controlar a qualidade dos sais, usava-se provar com a língua.

Por conta do rim artificial, o HSE centralizava o serviço de nefrologia do Rio de Janeiro. A instituição era considerada um ‘hospital de presidentes’, economicamente bem amparado e com renome. Mas, mesmo assim, o Hospital dos Servidores foi um dos pioneiros ao apresentar, no início da década de 1960, um ‘esboço’ da nefrologia. O setor era chamado de Serviço de Rim e Equilíbrio Hidrossalino, liderado pelos doutores Jayme Landman e Youssef Bedran.

O HSE atendia à demanda pós-operatória e realizava cirurgias, mas o setor de diálise ainda era muito

fechado, sem abertura para discussão de casos. Este é um lado perverso da coisa: o HSE tornou-se muito notório, mas fechado. Para discutir os problemas de equilíbrio hidrossalino, que eram pertinentes a toda a sociedade, a equipe de médicos começou a organizar cursos. Houve um grupo que investiu na divulgação.

De 1962 para 1963, o setor de rim e eletrólitos do HSE teria seu nome alterado para Setor de Nefrologia. No entanto, o nome ‘nefrologia’ foi citado pela primeira vez no Congresso Brasileiro de Nefrologia, realizado na Academia Nacional de Medicina, no mesmo ano. O movimento de nefrologia já era organizado em São Paulo antes mesmo da realização do congresso, embora de forma isolada. O Rio de Janeiro, pelo suporte econômico e político da capital, e pelo prestígio do HSE, divulgou nacionalmente a nefrologia.¹

Nefrologistas de São Paulo e de outros estados brasileiros fundaram, em 2 de agosto de 1960, a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), com o objetivo de reunir especialistas para a troca de experiências e incentivar a formação de novos profissionais. Na época, o total de especialistas não chegava a 120 em todo o país. Participaram da fundação, aproveitando a visita do professor francês Jean Hamburger, Tito Ribeiro de Almeida, Emil Sabaga, Luiz Décourt, Oswaldo Luiz Ramos, Israel Nussenzveig, Carlos Vilela de Faria e Douglas Ferreira de Andrade. Nesse mesmo ano, vislumbra-se o começo do desenvolvimento da nefrologia em todo o mundo. A SBN foi a segunda sociedade de nefrologia a ser criada em nível mundial, atrás apenas da sociedade francesa.

O médico Aluizio da Costa e Silva, que presidiu a SBN entre 1974 e 1976, afirma, em artigo assinado pela jornalista Marli C. Gregório, que não conhece

¹ Há controvérsias acerca da oficialização do nome “nefrologia”. Segundo o professor Jenner Cruz, a especialidade foi nomeada em 1960 com a criação da Sociedade Brasileira de Nefrologia. Até 1959, a especialidade era conhecida como Grupo de Moléstias Renais e Hipertensivas. No entanto, Jenner lembra que o termo nefrologia existe na língua portuguesa antes mesmo da oficialização da especialidade e que, inclusive consta em um dicionário de língua portuguesa datado de 1920.

país estrangeiro que, em apenas 30 anos, tenha obtido tamanha evolução em matéria de conhecimento.

PERFIL DO PROFISSIONAL

Naquele tempo, os médicos atuavam também como enfermeiros, permanecendo ao lado do doente durante quatro, seis horas, ou seja, o tempo que fosse preciso. Para o processo de hemodiálise, não era necessário muito tempo, mas, no caso de pacientes graves, era preciso monitorar o funcionamento contínuo de aparelhos como o respirador. Esse fato os tornava profissionais mais versáteis.

Os nefrologistas da época reuniam-se em grupos de estudo, comprando livros importados para suprir a falta de publicações dedicadas à especialidade que não eram encontradas nas bibliotecas locais. Os especialistas faziam as vezes de bibliotecários. A vocação para a busca pelo estudo acadêmico se revelava. O *boom* de divulgação da nefrologia aconteceu no início dos anos 60, a partir da descoberta da importância do equilíbrio hidrossalino.

A noção exata do que era água, do que era sal, do que era miligrama e do que era miliequivalente, no dia a dia, foi alcançada de forma complicada, com dificuldade. Hoje, o que parece muito simples era muito difícil na época.

INEDITISMO

A primeira residência em nefrologia foi em 1962, ano também da promoção do primeiro Congresso Brasileiro de Nefrologia,² presidido por Jayme Landman, em dezembro, na Academia Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro. Para essa residência, não havia prova

específica. O candidato fazia concurso para residência médica e, depois de dois anos, optava pela especialidade a ser seguida.

O primeiro brasileiro a fazer uma sessão de diálise particular foi paciente de Roberto Chabo. Hoje, cerca de 66 mil brasileiros estão em processo de diálise. Não havia ainda o problema da demanda reprimida, porque o método de diálise ainda não era muito conhecido. Sabia-se da existência de um rim artificial, próprio para ‘feitos heroicos’, mas, rotineiramente, não se contava com a ampla divulgação da dimensão do rim artificial. Os doentes morriam de uremia. Até o ano de 1967, eram apenas duas máquinas para todo o Brasil. De vez em quando, o HSE recebia telefonemas do gabinete do presidente da República solicitando atendimentos.

O acesso ao tratamento, como nos dias de hoje, não era universal. As pessoas eram treinadas para fazer o tratamento em casa, o que tinha um custo altíssimo. Como a demanda cresceu e as máquinas tornaram-se caras na casa das pessoas, a solução foi encontrada nos Estados Unidos: criar centros com as máquinas instaladas de modo a atender a mais de uma pessoa. Surgiram, então, as clínicas de diálise.

Roberto Chabo foi presidente do Sindicato dos Médicos e da Federação dos Médicos. Liderou a histórica greve da categoria médica de 1981, no Rio de Janeiro. Atualmente, dirige o Hospital do Carmo. Trechos do depoimento de Roberto Chabo sobre o primeiro transplante de rim realizado no Brasil:

Foi em 1964 e eu estava no Rio de Janeiro. O que houvesse de urgência, eu é que era chamado. Não havia celular na época, mas me localizaram mesmo assim, em pleno carnaval. Recebi um telefonema de Brasília, do gabinete militar, informando que estava mandando vir de Petrópolis o filho de um sargento do exército. O garoto – Sérgio Vianna de Miranda – chegou grave, urônico, toporoso. A internação foi em

² Promovido bienalmente ao longo da existência da SBN, o Congresso Brasileiro de Nefrologia representa um momento estratégico de atualização de especialistas e de divulgação de pesquisas da área. Os últimos congressos chegaram a reunir mais de 1.500 congressistas.

fevereiro, e o transplante, em abril. Não tínhamos programado nada. Eu e Youssef Bedran já vínhamos estudando sobre transplantes, mas tudo em nível teórico, tudo muito empírico. Então, recebo a informação de que há um paciente hidrocefálico prestes a falecer. Já haviam sido realizados alguns transplantes no mundo. O primeiro foi realizado em 1954, o nosso foi dez anos depois. Paramos para analisar o caso e Bedran comentou comigo: "Temos uma criança hidrocefálica aqui e estávamos pensando em fazer um programa de transplante". Reunimos a equipe e decidimos fazer o transplante. Solicitamos autorização à direção do hospital, à família do paciente e fizemos a operação. O caso exigia um grande esforço pelo ineditismo. Não era comum, mas, com um staff daqueles, ficarmos o dia todo à disposição de um paciente. A operação durou sete horas. O paciente urinou no mesmo dia e veio a falecer 18 dias depois, com rejeição aguda. Mas o garoto não tinha chance, ou fazia o transplante, ou morria. Era renal crônico. Depois disso, o que aconteceu foi que os médicos de São Paulo sabiam do que tínhamos feito, mas esconderam o jogo. Eu mesmo nunca fiz questão de saber se foi o primeiro ou o segundo. Levamos o caso para o Segundo Congresso de Nefrologia, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Jayme Landman levou o registro filmográfico do transplante. Não sei bem por que razão não publicamos. Na época, não tivemos a dimensão exata do ocorrido. Depois é que tivemos a noção de que fomos os responsáveis pelo primeiro transplante de rim da América Latina, talvez o oitavo do mundo.

PANORAMA DO ACESSO

Segundo dados do Ministério da Saúde, as doenças renais que atingem 1,6 milhão de habitantes apresentam algum grau de disfunção renal. No entanto, entre todas as especialidades médicas, a nefrologia é uma das que

mais sofrem com a falta de investimento. Atualmente, no Brasil, existem cerca de três mil nefrologistas, dos quais 2.678 são credenciados na Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN).

Antes de 1988, o acesso ao tratamento nefrológico era somente via Inamps. Com a criação do Serviço Único de Saúde (SUS), na Constituição Brasileira de 1988, o acesso foi democratizado. No entanto, há um crescimento imenso da doença renal crônica e não há oferta de serviços. E a questão do acesso ao tratamento de doenças renais crônicas ainda é problemática. Junte-se a isso o fato de que a redução do número de profissionais de nefrologia envolve, também, países desenvolvidos ou em desenvolvimento, visto que apresenta diminuição acentuada do interesse pela especialidade.³

O nefrologista pode ser definido como um artesão, e o instrumental para seu trabalho é a máquina de hemodiálise. Sem ela, o paciente morre. O tratamento renal tem um custo altíssimo, e o Estado não supre essa deficiência. Antigamente, os mais privilegiados iam fazer diálise fora do país, nos Estados Unidos ou na Inglaterra. Hoje, é preciso ter plano de saúde para ser atendido. Os perfis do nefrologista e do doente renal crônico refletem muito bem a situação assistencial brasileira.

A questão mostra a incapacidade dos nefrologistas mais seniores em demonstrar aos mais jovens a beleza e os desafios presentes no exercício da prática dessa especialidade médica e, portanto, de atraí-los. A isso, associam-se os importantes e indissociáveis aspectos comerciais envolvidos na abertura de qualquer “negócio” na área de nefrologia, que demandam o investimento de elevadas somas de dinheiro e a *expertise* gerencial que falta à maioria dos médicos. A reversão dessa situação apenas será possível com uma intervenção coordenada

³ Para contrariar esses dados e, apesar da desproporção numérica entre a demanda por atendimento nefrológico e o quadro de nefrologistas em atuação no Brasil, a procura pela residência em nefrologia aumentou em 2006. No Hospital do Rim e Hipertensão, em São Paulo, 71 candidatos disputaram oito vagas; na única residência na especialidade do estado de Pernambuco, oferecida pela UFPE, foram vinte candidatos a três vagas; no Hospital das Clínicas da UFG, o concurso para a residência de nefrologia foi o mais concorrido, com oito candidatos para duas vagas. O número de candidatos para as provas de residência em nefrologia da UERJ e da UFRJ também teve aumento nesse ano.

do setor público, que atualmente desconhece ou finge desconhecer a extensão e a gravidade de tal situação.

Para o Dr. Walter Gouvêa, presidente da Sociedade de Nefrologia do Rio de Janeiro (SONERJ), o grande desafio da nefrologia hoje é oferecer serviço de qualidade ao povo. O crescimento da doença renal crônica no Brasil é da ordem de 8,8% ao ano, e o país cresceu menos de 3% no mesmo período. Isso representa um negócio que cresce a 8% ao ano. No entanto, segundo Gouvêa, nada é feito para que o quadro se altere. É óbvio que temos de fazer alguma coisa para diminuir essa incidência. É uma questão médica. É preciso haver incentivo financeiro e reconhecimento da sociedade no sentido de que a nefrologia é uma especialidade fundamental para ela. “Temos de promover saúde, e não doença. E isso não está muito claro para a classe médica”, afirma Walter Gouvêa.

Pacientes com doença renal crônica em estágio avançado e que necessitam submeter-se à Terapia Renal Substitutiva na forma de diálise e transplante realizam esses tratamentos, em 95% dos casos, em ambientes criados e mantidos pela iniciativa privada (particulares ou organizações sociais sem fins lucrativos), mas o financiamento ainda é predominantemente público. Estima-se que, no ano de 2004, o Ministério da Saúde tenha desembolsado cerca de R\$ 1.400.000.000,00 (um bilhão e quatrocentos milhões de reais) com o custeio direto dessa atividade (os procedimentos e os medicamentos excepcionais necessários à manutenção do bem-estar dos pacientes). Considerando-se que o número de pacientes em diálise era da ordem de 70 mil e que cerca de 3.500 transplantes renais foram feitos naquele período, pode-se facilmente concluir que este é o maior e mais importante programa de saúde existente no Brasil e, evidentemente, diretamente sustentado com impostos pagos pelo povo brasileiro.

Em 1998, com a promulgação da Lei nº 9656, que regulamentou o mercado da saúde suplementar, houve a transferência da obrigatoriedade de financiar

parte dessa atividade para a iniciativa privada, algo sem precedentes no mundo contemporâneo, produzindo grande incerteza.

A tabela a seguir foi construída com os dados levantados anualmente pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, baseada em informações que são voluntariamente encaminhadas por seus associados, demonstrando aumento expressivo da atividade de diálise no Brasil, cujo crescimento é de cerca de 8%. Porém, muito mais grave do que isso é o fato de existirem inúmeros municípios brasileiros que não dispõem de unidades de diálise, e que, nos grandes centros, o acesso habitualmente se dá via emergência de um hospital, onde o necessitado é admitido em condição de risco de vida e, quando consegue ultrapassá-la, é encaminhado a tratamento ambulatorial. Essas importantes constatações revelam que, a despeito do enorme dispêndio financeiro, o acesso a esse tipo de tratamento não é universal, não há equidade e há espaço para o aperfeiçoamento desse programa.

Para que a demanda seja suprida, só existem duas hipóteses: ou a oferta de vagas para a diálise aumenta proporcionalmente e o custo financeiro do programa crescerá à razão de 8% ao ano ou uma Política de Saúde Renal, fundamentada em ações de Promoção da Saúde e Prevenção Primária e Secundária, é instituída, e a incidência da Doença Renal Crônica em Estágio Avançado, em longo prazo, se reduzirá, proporcionando economia de recursos.

A tecnologia deixou a nefrologia fechada em um procedimento: não se faz ambulatório, nem consultório; faz-se um procedimento. Conseguimos avançar transformando os centros de diálise em serviços de nefrologia para atender ao SUS. Mas o Ministério da Saúde não se deu conta disso. A rede de atenção de nefrologia está estruturada. São 631 unidades de diálise no Brasil. A estrutura está pronta, mas não é utilizada. Além disso, é preciso realizar investimentos em prevenção; detectar o problema e envolver na discussão todos os profissionais de saúde, não apenas os médicos.

A nefrologia amadureceu como especialidade e agora precisa alargar seus horizontes. Os pacientes com doença renal crônica passaram a sobreviver mais; entretanto, para enfrentar o desafio do futuro, o que se apresenta hoje é insuficiente. É preciso que a nefrologia se recicle, e os instrumentos para que isso ocorra são baratos e estão disponíveis. É uma questão de saúde pública, de choque de cultura.

O primeiro e fundamental passo é o da conscientização da sociedade brasileira, que, neste momento, se depara com o fenômeno da transição epidemiológica, acerca da importância da doença renal crônica como um problema de saúde pública e de seu elevadíssimo custo financeiro e imensurável custo social.

Posteriormente, a estruturação de um Programa de Saúde Renal baseado nos princípios da Promoção da Saúde e Prevenção Primária, Secundária e Terciária das Doenças, com a estratégia de identificação das pessoas vulneráveis, de sua inclusão e manutenção sob os cuidados de equipes multidisciplinares, proporcionaria às pessoas a oportunidade de terem seus problemas renais diagnosticados e tratados, algo que, de modo geral, atualmente inexiste em nossos sistemas de saúde.

Faltam o compromisso social e a reflexão sobre a razão pela qual se está agindo de determinada forma. É preciso que cada profissional se pergunte: Por que estou fazendo isso? A quem beneficiarei? A quem os nefrologistas servem? A quem a nefrologia serve?

EVOLUÇÃO DA DIÁLISE NO BRASIL

Mercado global							
Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de pacientes	42.695	46.557	48.806	54.523	58.464	65.121	70.872
Anual do nº de pacientes	-	3.862	2.249	5.717	3.941	6.657	5.571
% de Anual de pacientes	-	9,04	4,83	11,71	7,22	11,38	8,8
Saúde suplementar							
Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de pacientes	2.200	2.886	2.977	4.143	***	5.096	7.512
% do mercado global	5,20	6,20	6,10	7,10	***	7,80	10,60
Anual do nº de pacientes	-	666	111	1.166	***	***	2.416
% de Anual de pacientes	-	30	3,85	39,16	***	***	47,16

*** - Dados não disponíveis.

R E F E RÊNCIAS

CHABO, R; GOUVÉA, W. Entrevista , concedida a Alan Castro e Elaine Soares, na Clínica de Doenças Renais. Rio de Janeiro (RJ), 2008.

CRUZ, J. Entrevista concedida ao site *Medicina Online* “Disponível em: – <www.medonline.com.br/jener5.html>.”

GREGÓRIO, M. C. Quatro décadas de história da nefrologia brasileira, *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2000, v. 22 (Supl. 2), p. 3-9.

SANTOS, O. R. Subsídios para o conhecimento da história da nefrologia no Rio de Janeiro, *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2005,v. 27 (Supl. 2), p. 45-49.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN) “Disponível em:– <www.sbn.org.br>.”

INSTRUÇÕES AOS AUTORES - DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

A revista Divulgação em Saúde para Debate, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), voltada para as Políticas

Públicas na área da saúde. Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social e depoimentos.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificada a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada a pareceres do Conselho Editorial Ad-Hoc estabelecido para cada número da revista. Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou de conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois que os trabalhos forem entregues para a composição.

MODALIDADES DE TEXTOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO

Artigos originais

1. Pesquisa: artigos que apresentem resultados finais de pesquisas científicas, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
2. Ensaios: artigos com análise crítica sobre um tema específico de relevante interesse para a conjuntura das políticas de saúde no Brasil, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
3. Revisão: artigos com revisão crítica da literatura sobre um tema específico, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
4. Relato de experiência: artigos com descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
5. Opinião: de autoria exclusiva de convidados pelo Editor Científico da revista, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não é exigido o Resumo e o Abstract.

Resenhas

Serão aceitas resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em duas ou três laudas.

Documentos e depoimentos

Serão aceitos trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

SEÇÕES DA PUBLICAÇÃO

A revista está estruturada com as seguintes seções:

Editorial

Apresentação

Artigos Temáticos

Artigos de Tema Livre

Artigos Internacionais

Resenhas

Depoimentos

Documentos

APRESENTAÇÃO DO TEXTO

Seqüência de apresentação do texto

Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português e o título, por sua vez, deve expressar claramente o conteúdo do artigo.

A folha de apresentação deve trazer o nome completo do(s) autor(es) e, no rodapé, as referências profissionais (contendo filiação institucional e titulação) e o e-mail para contato. Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora.

Apresentar resumo em português e inglês (abstract) ou espanhol e inglês, no qual fique clara uma síntese dos propósitos, métodos empregados e principais conclusões do trabalho com o mínimo de três e máximo de cinco descritores (keywords), não ultrapassando o total de 700 caracteres (aproximadamente 120 palavras). Para os descritores, utilizar os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis no endereço <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados descritores relacionados à temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Em seguida apresenta-se o artigo propriamente dito:

- a. as marcações de notas de rodapé no corpo do texto deverão ser sobreescritas. Ex.: Reforma Sanitária1
- b. para as palavras ou trechos do texto destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Ex.: ‘porta de entrada’.
- c. quadros e gráficos deverão ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e intitulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e fontes correspondentes. O número de quadros e gráficos deverá ser, no máximo, de cinco por artigo.
- d. os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa-baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a norma da ABNT NBR 10520:2001 (disponível em bibliotecas). Ex.: Conforme Mario Testa (2000).
- e. as referências bibliográficas deverão ser apresentadas, no corpo do texto, entre parênteses com o nome do autor em caixa-alta seguido do ano e, em se tratando de citação direta, da indicação da página. Ex.: (Miranda Netto, 1986; Testa, 2000, p. 15).

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT NBR 6023:2000 (disponível em bibliotecas). Exemplos:

Carvalho, A.I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury, S.M.T. (Org.). Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.

Cohn, A.; Elias, P.E.M.; Jacobi, P. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. Saúde em Debate, Londrina (PR), n. 38, p. 90-93, 1993.

Demo, P. Pobreza política. São Paulo: Cortez, 1991.

Extensão do texto

O artigo deve ser digitado no programa Microsoft® Word, ou compatível, em página padrão A4, com fonte Times New Roman tamanho 12 e espaçamento entre linhas de 1,5.

Declaração de autoria e de responsabilidade

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) Contribuir substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; b) Contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; c) Participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que se assine a seguinte Declaração de Autoria e de Responsabilidade:

“Certifico que participei de forma suficiente na concepção deste trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo. Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.”

Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse entre os autores. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício.

Ética em pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais) deverá ser encaminhado um documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentada a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é encaminhado ao Conselho Editorial para avaliação da pertinência temática e observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais. Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de revisores (pareceristas) da revista. Os pareceristas serão escolhidos de acordo com o tema do artigo e sua expertise, priorizando-se conselheiros que não sejam do mesmo estado da federação que os autores. Os conselheiros têm um prazo de 45 dias para emitir o parecer. Ao final do prazo, caso o parecer não tenha sido enviado, o consultor será procurado e a oportunidade de encaminhamento a outro conselheiro será avaliada. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da revista na Internet. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aceito para publicação; aceito para publicação (com sugestões não impeditivas); reapresentar para nova avaliação após efetuadas as modificações sugeridas; recusado para publicação.

Caso haja divergência de pareceres, o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer). No caso de solicitação de alterações no artigo, poderão ser encaminhados em até três meses.

Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o artigo será considerado como retirado.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br>

Envio do artigo

Os trabalhos para apreciação do Conselho Editorial devem ser enviados através do site da revista: www.saudeemdebate.org.br.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ)

Tel.: (21) 3882-9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

INSTRUCTION FOR AUTHORS - DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

The magazine Divulgação em Saúde para Debate, is a publication by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), directed to Public Policies in the health field.

It receives unpublished works under the form of original articles, book reviews of academic, political and social interest and declarations.

The texts that are sent for publication are of total and exclusive responsibility of the authors.

The total or partial reproduction of the articles is permitted, as long as identified the source and authorship.

The publication of papers is conditioned to the opinions of the Editorial Board Ad-Hoc established for each issue of the magazine. Occasional suggestions of alterations in structure or content, from the Board, will be previously resolved with the authors. Additions or modifications will not be admitted once the works have been delivered for composition.

MODALITIES OF TEXTS

ACCEPTED FOR PUBLICATION

Original articles

1. Research: articles that present final results of scientific researches, between 10 and 15 sheets.
2. Assays: articles containing a critical analysis about a specific subject of relevant interest for the health policies conjuncture in Brazil, between 10 and 15 sheets.
3. Review: articles with a critical review of literature about a specific subject, between 10 and 15 sheets.
4. Experience report: articles containing descriptions of academic, attendance and extension experiences, between 10 and 15 sheets.
5. Opinion: restrictive authorship from guests by the Scientific Editor of the magazine, and the size must be between 10 to 15 sheets. In this kind of article, the Abstract is not necessary.

Reviews

Book reviews of interest for the health public policies field will be accepted under the criteria of the Editorial Board.

The texts must present a notion about the content of the paper, of its theoretical purposes and of the public to which it is directed in two or three sheets.

Documents and declarations

Papers referring to themes of historical or conjectural interest will be accepted under the criteria of the Editorial Board.

SECTIONS OF THE PUBLICATION

The magazine is structured with the following sections:

- Editorial
- Presentation
- Thematic articles
- Free theme articles
- International Articles
- Reviews
- Declarations
- Documents

TEXT PRESENTATION

Sequence of text presentation

The articles may be written in Portuguese, Spanish or English.

The texts in Portuguese and Spanish must contain the title in the original language and in English. The texts in English must contain the title in English and in Portuguese, and it must express the content of the article clearly.

The presentation sheet must have the author's full name and, at the footnote, the professional references (containing institutional affiliation and title) and e-mail for contact. When the article is a result of financed research, cite the financing agency.

Present the abstract in Portuguese and English, or Spanish and English, so that a summary of the purposes, methods used and main conclusions of the paper is clear with the minimum of three and maximum of five keywords, without exceeding the total of 700 letters (approximately 120 words). For the keywords, use the terms presented in the structured

vocabulary (DeCS), available on <http://decs.bvs.br>. In case the keywords related to the theme of the article are not found, it is possible to indicate terms or expressions commonly used.

After, the article itself is presented:

- a. the footnote markings must be superscribed. Ex: Sanitary Reform¹
- b. for words or extracts of the text that stand out under the author's criteria, use simple quotation marks. Ex: 'front door'.
- c. boards and graphs must be sent in high quality printing, black and white and/or gray scale, in sheets that are apart from the text, numbered and correctly entitled, containing indications of the units in which are expressed the correspondent values and sources. The number of boards and graphs must be, at most, five per article.
- d. the authors that are cited in the text must be written in small letters (only the first one is capital), observing the ABNT NBR 10520:2001 norm (available in libraries). Ex: According to Mario Testa (2000).
- e. bibliographical references must be presented in the text, in parenthesis, with the name of the author in capital letters followed by the year and, in the case of a direct quotation, the indication of the page. Ex: (Miranda Netto, 1986; Testa, 2000, p. 15).

Bibliographical references must be presented at the end of the article, observing the ABNT NBR 10520:2001 norm (available in libraries).

Examples:

Carvalho, A.I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury, S.M.T. (Org.). Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-112.

Cohn, A.; Elias, P.E.M.; Jacobi, P. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. Saúde em Debate, Londrina (PR), n. 38, p. 90-93, 1993.

Demo, P. Pobreza política. São Paulo: Cortez, 1991.

Text extension

The article must be typed on Microsoft® Word software, or compatible, in pattern page A4, font Times New Roman, size 12 and 1,5 between lines.

Declaration of authorship and responsibility

According to the criteria of authorship of the International Committee of Medical Journal Editors, the authors must contemplate the following conditions: a) to contribute substantially for the conception and planning, or data analysis and interpretation; b) to contribute considerably for the elaboration of the draft or critical review of the content; c) to participate in the approval of the final version of the manuscript. For that, it is necessary to sign the following Declaration of Authorship and Responsibility:

"I certify that I have participated sufficiently for the conception of this paper to make public my responsibility for its content. I certify that the manuscript represents an original paper and that not this manuscript nor any other with a substantially similar content of my authorship has been published or submitted to the analysis of an Editorial Board from another magazine, printed or electronic".

Conflicts of interest

The texts sent for publication must contain information on the existence of any kind of conflict of interest among the authors. The conflicts of financial interest, for instance, are not only related to the direct financing of the research, but also to the employment bond itself.

Ethics in research

For researches initiated after January 1997 that involve human beings under the terms of the incise II, Resolution 196/96 of the Health Councils (research that individually or collectively involves the human being, directly or indirectly, in its totality or partially, including the management of information or materials), a document of approval of the research by the Committee of Ethics in Research from the

institution where it was developed must be sent. In the case of institutions that do not have a Committee of Ethics in Research, an approval by the Post Office Region where it has been approved must be presented.

Flow of originals submitted to publication

Every original received by Cebes' office is forwarded to the Editorial Board for the evaluation of thematic pertinence and the observation of the fulfillment of general rules for directing originals. Once they have been accepted for analysis, the originals are forwarded to two members of the reviewer's board (reporters) of the magazine. The reporters will be chosen according to the expertise and the theme of the article, giving priority to counselors who are not from the same State of the federation as the authors. The counselors have 45 days to emit the report. On the deadline, if it has not been sent, the consultant will be informed and the opportunity to forward it to another counselor will be analyzed. The form for the report is available for consultation in the website of the magazine in the internet. The reports will always present one of the following conclusions: accepted for publication; accepted for publication (with non restraining suggestions); present again for new evaluation after making the suggested modifications; refused for publication.

In case there is a divergence in reports, the article will be sent to a third counselor to decide (the Editorial Board is allowed, under its criteria, to emit a third report). In the case of alteration requirements in the article, they can be sent in up to three months.

At the end of this deadline, and if there is no manifestation from the authors, the article will be considered as cancelled.

The model of the report used by the Scientific Council is available on <http://www.saudeemdebate.org.br>.

Sending the article

The work to be analyzed by the Editorial Board must be sent by the magazine's website: www.saudeemdebate.org.br.

Mail address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ)

Phone: (21) 3882-9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Ministro da Saúde: José Gomes Temporão

Secretário da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde: Francisco Eduardo Campos

Diretora de Programa – SGTES/MS: Márcia Hiromi Sagai

Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde : Maria Helena Machado

Departamento de Gestão da Educação na Saúde: Ana Estela Haddad

Coordenadora Geral da Rede Observatório de RH de Saúde – SGTES /MS: Patricia dos Santos

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz: Paulo Ernani Gadelha Vieira

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca: Antonio Ivo de Carvalho

Chefe do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde: Marilene de Castilho Sá

Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde: Maria Helena Machado

Coordenadora da Estação de Trabalho da ENSP/FIOCRUZ: Neuza Maria Nogueira Moyses

Gerente da Estação de Trabalho da ENSP/FIOCRUZ: Eliane dos Santos de Oliveira

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-Estação ObservaRH

Rua Leopoldo Bulhões 1480-sala 706

CEP: 24041-210 -Rio de Janeiro- RJ- Brasil

Telefone: +55 21 25982612

<http://www.espn.br/observaRH>

OUTRAS ESTAÇÕES DE TRABALHO NO BRASIL

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)

Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS)

Escola Técnica de Saúde da Unimontes (ETS/UNIMONTES)

Estação de Trabalho História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ)

Estação de Trabalho Saúde, Trabalho e Cidadania (UFMT)

Estação de Trabalho Sinais de Mercado em Saúde (Nescon/UFMG)

Instituto de Medicina Social da UERJ (IMS/UERJ)

Instituto Nacional do Câncer (Inca)

Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Recursos Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (NEPRH/EE/USP)

Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Paraná (NESC/UEL)

Observatório de RH do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/UFRN)

Observatório de RH do SUS da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP)

Observatório de RH em Saúde do Cetrede/UFC/UECE

Observatório de RH em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB (NESP/CEAM/UnB)

Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde do SUS (SES/MG)

Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)

Observatório de RH em Saúde Bucal da Faculdade de Odontologia da USP

Universidade de Campinas (Unicamp)

Universidade Federal de Goiás (UFG)

Maiores detalhes: www.observarh.org.br

Saúde em Debate

Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Desde a sua criação em 1976 o Cebes tem como centro de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Nesses 33 anos, como centro de estudos que aglutina profissionais e estudantes, seu espaço esteve assegurado como produtor de conhecimentos com uma prática política concreta, em movimentos sociais, nas instituições ou no parlamento.

A revista Saúde em Debate publicação do Cebes, tem sido, em todos estes anos, uma fonte obrigatória de pesquisa e consulta e um veículo fundamental para a construção das políticas de saúde no Brasil.

Para assinar receber a revista ou para submeter seu artigo
a publicação entre em contato:

email: revista@saudedebate.org.br
www.saudedebate.org.br

