

A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL DOS ANOS 70: PERCALÇOS E TENDÊNCIAS*

ANDRÉ CEZAR MÉDICI**

1. *Introdução*; 2. *Cenário*; 3. *Tendências*; 4. *Perspectivas*.

1. *Introdução*

Os dados e interpretações que compõem este artigo fazem parte do acervo do Núcleo de Investigações sobre Recursos Humanos em Saúde, instalado no Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Instituto Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Em março de 1984 encontrava-se concluído por esse Núcleo, em caráter preliminar, o Estudo sobre Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, pesquisa financiada pela Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, com o apoio técnico do Grupo Assessor Principal da Organização Panamericana da Saúde.

Dentre os objetivos do estudo destacou-se o levantamento e sistematização de informações sobre o tema, em seus diversos ângulos, de forma a possibilitar a criação de um Banco de Dados sobre Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Resolveu-se, numa primeira etapa, concentrar a coleta de estatísticas e material informativo no período correspondente à década de 70, com vistas a ampliar, futuramente, a base de dados "para frente e para trás no tempo" e viabilizar a elaboração de estudos de fôlego temporal mais longo. Outro objetivo foi estabelecer meios permanentes de atualização das informações existentes visando produzir indicadores de conjuntura e estabelecer critérios de planejamento e gestão de recursos humanos com vistas a atender as demandas do Sistema Nacional de Saúde.

Em nome desses objetivos, dados da FIBGE, Inamps, Dataprev, Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda, Núcleo de Informática do Ministério da Saúde, Secretarias de Educação e Cultura e de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura, sindicatos, conselhos e associações de profissionais ligados à saúde engrossam, a cada dia, o acervo de informações disponíveis no referido Núcleo. As informações estão catalogadas em quatro áreas de referência, a saber: 1. emprego, inserção institucional e situação sócio-econômica dos profissionais em saúde no Brasil; 2. estrutura de formação e capacitação dos profissionais em saúde; 3. organizações de classe e estrutura representativa dos profissionais em saúde; 4. políticas de recursos humanos em saúde no Brasil.

* Trabalho elaborado em junho de 1984.

** Economista, bacharel em administração pública pela Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP), professor e pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento da ENSP/Fiocruz.

Com base nesta estrutura, o Núcleo de Investigações sobre Recursos Humanos em Saúde já elaborou uma série de trabalhos institucionais e prepara uma publicação, para finais de 1984, a ser editada pelo Programa de Educação Continuada (PEC) da ENSP/Fiocruz.¹

Este artigo tem por finalidade estabelecer algumas das principais tendências evidenciadas pelo comportamento da força de trabalho em saúde no Brasil ao longo dos anos 70, bem como fazer prognósticos sobre as possibilidades futuras do mercado de trabalho em saúde em nosso país. A pretensão da síntese impede a utilização em massa de tabelas e análises descritivas, favorecendo a preferência por análises exploratórias e indicações bibliográficas. Dessa forma, muito do que será apresentado tem como base os estudos feitos e as discussões travadas pelo Núcleo de Investigações sobre Recursos Humanos em Saúde.²

2. Cenário

A década de 70 caracterizou-se pela forma ímpar de crescimento do produto e do emprego. Entre 1951 e 1960, o produto real cresceu à taxa média anual de 5,7%. No decênio seguinte (1961-70) este crescimento foi da ordem de 5,8% em termos médios anuais. Comparadas com o crescimento de 8,5% ao ano verificado na década de 70, as taxas de crescimento do produto dos anos 50 e 60 indicam que a última década parece ter sido a que melhor aproveitou os investimentos e alterações que se processaram no parque produtivo brasileiro a partir da segunda metade da década de 50. Mas a análise do crescimento do produto através da comparação de decênios, muitas vezes mistifica a dinâmica do crescimento, na medida em que esconde os pontos de inflexão e ruptura entre antigos e novos padrões de desenvolvimento de conjuntura, impedindo a correlação entre política econômica e seus efeitos na dinâmica da economia e na acumulação de capital. Dos 30 anos mencionados, o período inscrito entre os anos 1968 e 1973, conhecido como “milagre econômico brasileiro”, foi o que mais se notabilizou pelo crescimento do produto real, com uma taxa média anual de 11,5%.³

¹ Dentre os trabalhos elaborados pelo Núcleo ou por pessoas ligadas ao mesmo, destacam-se os diversos relatórios enviados à Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde; o artigo A força do trabalho em saúde, de autoria de Roberto Passos Nogueira, publicado recentemente na *Revista de Administração Pública* (Rio de Janeiro, FGV, 17(3), 3.º trim. 1983); *Estrutura e dinâmica da força de trabalho em saúde no Brasil*, de Elsa Ramos Paim e André Cezar Médiçi (Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 1984); *Política de recursos humanos em saúde no Brasil na década de 70* (Núcleo de Recursos Humanos em Saúde da ENSP/Fiocruz, 1983); *Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70*, de André Cezar Médiçi (*Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, FGV, 19(2), 2.º trim. 1985); *A força de trabalho em enfermagem no Brasil* (Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1985), além de uma série de dados e tabelas sobre o tema.

² As tendências que se encontram descritas neste artigo foram estudadas conjuntamente com Roberto Passos Nogueira. No entanto, os possíveis equívocos e falhas aqui apresentados são de responsabilidade do autor.

³ Uma série de artigos que tratam deste período, em diversos ângulos, encontra-se na coletânea de professores da Unicamp (*Desenvolvimento capitalista no Brasil — ensaios sobre a crise*. Brasiliense, 1982).

A dinâmica do emprego nos últimos 30 anos reflete, em parte, as alterações que se processaram no parque produtivo, embora sejam, também, o reflexo de profundas mudanças sociais ocorridas no campo e nas cidades. O crescimento da massa de pessoas ocupadas na década de 50 (2,9% ao ano) foi ligeiramente superior ao verificado nos anos 60 (2,6% ao ano), fato justificável em virtude do calor empregatício do Plano de Metas do Governo Kubitschek e da desaceleração econômica que se inicia em meados de 1962 e se estica até fins de 1967. As inversões produtivas da segunda metade dos anos 50 favoreceram mudanças na estrutura da economia que vieram a elevar, em termos médios, a produtividade de trabalho. Assim, o decréscimo nas taxas de absorção do emprego entre os anos 50 e 60 pode ser acompanhado por incrementos nas taxas de crescimento do produto real. O aumento da produtividade média do trabalho não significou um aumento na produtividade individual de todos os trabalhos. É verdade que os empregos inseridos nos setores ditos “modernos” cresceram ligeiramente mais que os alocados às atividades menos dinâmicas, favorecendo um aumento médio de produtividade, mas, certamente, um grande contingente de ocupados foi dirigido para ocupações de baixa produtividade e remuneração, gerando um acúmulo cada vez maior de pressões sociais latentes nas regiões urbanas. Essa massa de infra-ocupados foi absorvida preponderantemente pelo setor terciário, na medida em que a economia urbana gerava espaços para a reprodução da pequena organização mercantil e dos serviços em moldes não tipicamente capitalistas, o que ocorria não só na periferia urbana, mas no próprio núcleo industrial dinâmico do País.⁴ Entre 1950 e 1980, o setor terciário aumenta sua participação de 26,4 para 44% do total de pessoas ocupadas. Esse movimento de terciarização da atividade econômica é radicalmente distinto do que ocorreu nas economias desenvolvidas, onde o crescimento do terciário está nitidamente associado a mudanças radicais na produtividade do trabalho na indústria e ao papel das políticas do *welfare state* e dos serviços atrelados à utilização de tecnologias de ponta (informática, telecomunicações etc.) na absorção de empregos.

O ciclo expansivo do “milagre” não teria ocorrido sem as profundas alterações que se processaram no seio dos aparelhos de Estado entre 1964 e 1967. A reforma tributária e financeira, a mudança no enfoque dado à questão social, as condições de rentabilidade para setores industriais selecionados, através da criação de subsídios, o arrocho salarial dos trabalhadores e a criação e ampliação dos estratos sociais de média renda, através da multiplicação de empregos públicos e de faixas seletivas do setor privado, foram os ingredientes necessários para financiar a nova política de gasto público. Política esta adequada ao modelo de desenvolvimento adotado, para atrair o capital estrangeiro, seja sob a forma produtiva ou especulativa, e para viabilizar uma política social que, ao mesmo tempo que servisse para atenuar as pressões sociais despojadas de seus canais regulares de expressão, pudesse contemplar algumas fatias do investimento privado através de subsídios e da criação de demanda efetiva pelo Estado.

A reordenação do cenário da política econômica brasileira, a partir da segunda metade dos anos 60, favoreceu a retomada econômica do “milagre” e

⁴ A esse respeito, ver Souza, Paulo Renato Costa. *A determinação dos salários e do emprego nas economias atrasadas*. Tese de doutoramento, Departamento de Economia e Planejamento Econômico, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Unicamp, Campinas, 1980.

possibilitou o rápido crescimento do emprego. Entre 1970 e 1980, o crescimento anual do número de pessoas ocupadas foi da ordem de 4%, significativamente maior do que o verificado nas duas décadas anteriores. Nesse movimento, cresceram apenas as ocupações urbanas, dado que o número de empregos rurais sofreu redução absoluta.

As políticas sociais, além de servirem de suporte à queda dos níveis de vida urbanos, foram importantes canais de legitimidade ideológica do Governo, na medida em que buscavam satisfazer demandas reprimidas por melhores níveis de educação, saúde e habitação, através de programas como o Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral), a massificação do ensino superior, a extensão da assistência médica a toda a família em que pelo menos um dos membros fosse trabalhador e possuísse carteira profissional assinada pelo empregador, a construção de casas populares e conjuntos habitacionais etc. Sem querer entrar no mérito da eficácia destas medidas, elas contribuíram em larga escala para amortecer as tensões decorrentes do arrocho salarial nas camadas de mais baixa renda.

Paralelamente, tais medidas contribuíram, e muito, para a absorção de novos empregos e para a criação de demanda efetiva por novos capitais que se deslocavam para esses setores. A política educacional propiciou amplo alargamento da rede escolar pública e privada, favorecendo a multiplicação de empregos em todas as instâncias do ensino. A ampliação da rede escolar privada do 3.º grau (universitária) resolveu as pressões por mais vagas nas universidades, que se ampliavam a cada ano em fins da década de 60. Paralelamente, facilitou o ingresso de pessoas de menor renda no sistema universitário, com mecanismos como o crédito educativo, que protelavam a insatisfação e prolongavam o sonho. Esta estrutura criou um aumento dos empregos em educação, na década de 70, sem igual em toda a história do Brasil.

O setor saúde, através das políticas de saúde implementadas no pós-64, foi outro grande pólo de absorção de empregos nos marcos das políticas sociais. A partir da segunda metade da década de 60, a orientação das políticas de saúde, seja em função de amenizar os conflitos sem resolver objetivamente a questão social, seja em virtude das pressões corporativas dos setores empresariais privados ligados à produção de bens e serviços no campo da saúde, voltou-se para a ampliação, em larga escala, da produção de serviços médico-hospitalares, particularmente aqueles voltados para atender a nova estrutura da previdência social.⁵ Este modelo passou a demandar, desde finais da década de 60, uma imensa quantidade de profissionais de nível superior, técnico e auxiliar. Entretanto, a ineficácia do aparelho formador de técnicos de nível médio em saúde, pelo menos até meados dos anos 70, delimitou a hegemonia dos profissionais universitários, particularmente dos médicos, e dos profissionais desqualificados, em especial atendentes, na dinâmica empregatícia do setor. Foi assim que, entre 1966 e 1974, período no qual está contido o “milagre econômico brasileiro”, os postos de trabalho em saúde inseridos nas atividades hospitalares evoluíram de 150.123 para 303.908, com uma taxa geométrica anual de 9,2%, significativamente maior que o crescimento do emprego na economia como um todo. Nesse período, aumenta o peso de empregos desqualificados

⁵ Oliveira, Jaime. Notas de aula sobre políticas de saúde. 1984. mimeogr.

nas atividades hospitalares, particularmente de atendentes, que passam de 32.137 para 85.541, com um incremento anual de 13,02%.⁶

A desaceleração da economia brasileira a partir de 1974, com o esgotamento do ciclo expansivo do “milagre”, moldou uma nova realidade nos padrões de desenvolvimento. O novo cenário emoldurava-se com menores taxas de crescimento do produto e do emprego. As metas de política social não foram suficientemente atingidas e passavam a obstaculizar o crescimento, através de crescentes pressões nos patamares do gasto público. Apesar da inebriante grandiosidade das metas do II Plano Nacional de Desenvolvimento, as autoridades governamentais começam, a partir de 1976, a repensar a política econômica e social, abandonando a utopia dos planos traçados e se entregando de corpo e alma ao isolamento das soluções intra-setoriais, ao sabor da conjuntura. Como era de se esperar, tal procedimento ampliou as áreas de conflito entre as diversas esferas das políticas públicas. A absorção de excedentes financeiros internacionais, em função das pressões do sistema bancário mundial, favoreceram a postergação da crise que já se esboçava na segunda metade dos anos 70. A conjuntura recessiva impõe-se mais claramente na década de 80, quando o choque propiciado pela alta dos juros internacionais, aliado às tentativas de gestão da economia nacional pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) vem provocar drásticas reduções nas taxas de salário, na demanda doméstica, no emprego, na receita governamental e nos gastos públicos.

No contexto pré-recessivo pós-74, as políticas sociais, e em particular o setor saúde, sofreram substanciais revisões em termos de direcionamento, sem resultar, no entanto, em mudanças radicais nas características anteriormente verificadas. Começam a surgir novas propostas de controle e reforma do modelo de organização do sistema de saúde até então em vigor, com vistas a readaptá-lo às exigências econômicas e políticas da nova conjuntura. Tais propostas, muitas delas surgidas no seio do próprio aparelho do Estado, encontravam, em alguns casos, respostas positivas dos meios profissionais, embora esbarrassem, frequentemente, nos interesses estabelecidos dos meios empresariais e de frações da tecnoburocracia da área.⁷

As políticas de emprego e recursos humanos em saúde passam a privilegiar, a partir de 1976, a formação e capacitação de pessoal de nível técnico e auxiliar sem qualificação superior, voltado para atender às necessidades da rede ambulatorial, e não mais dos aparelhos hospitalares públicos e privados que haviam absorvido o maior quinhão dos recursos humanos em saúde nos anos anteriores. Aumenta o número de trabalhos interministeriais sobre a relação entre capacitação de recursos humanos em saúde e reais necessidades da população brasileira no campo médico-assistencial. Com relação aos profissionais de nível superior, tais documentos frisavam a necessidade de formar mais “generalistas”, dado que a formação de especialistas, tal como vinha ocorrendo desde finais dos anos 60, não era adequada ao perfil epidemiológico da população brasileira. Muitos desses trabalhos foram produção conjunta de técnicos do MEC, MS e MPAS. A maioria das propostas neles contida ressaltava a necessidade de criar mecanismos eficazes de coordenação e articulação dos serviços, numa pers-

⁶ Núcleo de Recursos Humanos em Saúde. *Política de recursos humanos em saúde no Brasil na década de 70*. ENSP/Fiocruz. 1983. mimeogr.

⁷ Oliveira, Jaime. op. cit.

pectiva de hierarquização e regionalização das ações de saúde, tendência que se apresenta desde o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), ainda que de forma tímida, e se corporifica, com todas as suas forças, no Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). Pregava-se também uma definição mais clara e precisa da atuação do setor público e do setor privado.

O período marca, ao nível da retórica, o surgimento de esforços mais efetivos na atenção primária e nas ações de saúde voltadas para as populações carentes, em especial nas regiões que não contam com o atendimento do complexo médico-previdenciário. Em todos os programas traçados — PIASS, Programa de Pronto Ação (PPA) etc. — a necessidade de maior articulação e coordenação do setor saúde é levantada. A crise financeira e administrativa da previdência social impunha nova realidade administrativa nessa instituição. Os cortes frequentes no orçamento do Ministério da Saúde somavam mais dificuldades à resolução da crise do setor. Nesse contexto é que o Grupo Interministerial de Recursos Humanos para a Saúde,⁸ em seu relatório de 1981, propõe a utilização do Conselho Nacional de Saúde como instrumento de fortalecimento e representação das entidades voltadas mais diretamente para atenção primária em saúde, bem como uma reformulação do Fundo Nacional de Saúde, aportando-lhe “todo o financiamento da área federal, inclusive o previdenciário, de modo que os recursos destinados à saúde sejam alocados em função das prioridades dos diversos problemas da população e não mais em decorrência da capacidade de arrecadação de cada ministério ou do vínculo institucional do beneficiário”.⁹

Apesar de todos esses esforços, a política nacional de saúde pouco se alterou, em termos efetivos, na segunda metade da década de 70. O crescimento dos empregos em saúde, no entanto, permaneceu elevado, com um incremento geométrico anual de 13,2% durante o período 1976-80. Dessa forma, o número de postos de trabalho em saúde, nos estabelecimentos médico-hospitalares, evoluiu de 349.386 para 573.629 ao longo desse período. O crescimento dos empregos qualificados de nível médio não foi suficiente para reverter as tendências anteriores, no que tange aos empregos de menor qualificação. Assim, os atendentes que respondiam por 21,4% dos postos de trabalho nos estabelecimentos de saúde, em 1966, passaram a representar mais de 30% desses empregos em 1980,¹⁰ tendência que permaneceu na segunda metade dos anos 70, dado que, em 1974, 28,2% dos empregos nesses estabelecimentos eram preenchidos por atendentes.

Em síntese, pode-se dizer que o acelerado crescimento da força de trabalho em saúde tem como principais condicionantes:

a) a reorientação do modelo médico-assistencialista brasileiro, que, em nome dos interesses corporativos do setor privado em saúde, e do estabelecimento da prestação de serviços médico-hospitalares pela previdência social, criou as condições para a vertiginosa expansão da rede pública e privada de saúde;

⁸ Núcleo de Recursos Humanos em Saúde op. cit.

⁹ Id. ibid.

¹⁰ Dados do *Estudo sobre recursos humanos em saúde no Brasil na década de 70*, do Núcleo de Recursos Humanos em Saúde da ENSP/Fiocruz.

b) a extensão da assistência médica gratuita a todos os trabalhadores formais e suas respectivas famílias, que serviu, em parte, para atenuar o agravamento das condições de vida da população trabalhadora, que se deterioravam rapidamente em decorrência da política de arrocho salarial;

c) o forte crescimento da economia brasileira, em especial no período do “milagre”, que criou as condições necessárias para as inversões financeiras e produtivas no setor saúde, bem como propiciou o estabelecimento de altas taxas de retorno aos capitais nele alocados, seja através da absorção de substancial fatia dos gastos do Governo, seja mediante o surgimento de uma classe urbana capaz de pagar por serviços mais tecnificados, planos de saúde etc.

Neste cenário, gestaram-se as condições para o rápido incremento da força de trabalho em saúde nos anos 70.

3. *Tendências*

Pintado o cenário em que se deu o crescimento da força de trabalho em saúde nos anos 70, passaremos a descrever as principais tendências desse mercado de trabalho, a partir de interpretações dos dados do Estudo sobre Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.¹¹

3.1 Tendência ao crescimento acelerado da força de trabalho em saúde

O crescimento da força de trabalho em saúde está atrelado ao fenômeno da terciarização da atividade econômica que vem ocorrendo desde longa data na formação social brasileira, intensificado na década de 70. No entanto, a inserção das atividades de saúde nesse movimento de terciarização vem ocorrendo de forma peculiar. Entre 1970 e 1980, a população economicamente ativa expandiu-se em 51,74%. As pessoas ocupadas no setor terciário aumentaram seu contingente em 79,09%; os trabalhadores ligados ao setor saúde sofreram um incremento bruto de 109,11%, enquanto os profissionais de saúde apresentaram crescimento de 125,31% ao longo da década. Assim, as atividades de saúde passaram a absorver, em 1980, 2,7% da população economicamente ativa e 5,9% das pessoas ocupadas no setor terciário.

Portanto, o setor saúde passou a ser um grande pólo de absorção de empregos na década de 70, principalmente para os profissionais de saúde que, na composição do setor, aumentam gradativamente sua participação relativa.

O crescimento do conjunto da força de trabalho em saúde restringiu-se aos setores direta ou indiretamente ligados às atividades do setor, dado que os profissionais da área ocupados em outros setores de atividade, como a indústria, o comércio etc., apresentaram taxas de crescimento irrisórias. A dinâmica do emprego dos profissionais em saúde na década de 70 representa maior “ins-

¹¹ Estas tendências serão mais detalhadas na publicação dos resultados da pesquisa a ser feita pelo Programa de Educação Continuada (PEC) da ENSP/Fiocruz.

titucionalização” do trabalho nesse setor,¹² pois cada vez mais as atividades de saúde respondem pelo emprego dos profissionais da área...

O movimento de institucionalização do trabalho em saúde insere-se na lógica do fortalecimento da “medicina capitalista” no Brasil. O surgimento de condições de lucratividade das empresas médicas e o crescimento da medicina previdenciária favoreceram este movimento na medida em que passava a ser desvantajoso para as diversas instituições — públicas ou privadas — de todo o espectro de atividades econômicas, manter grandes estruturas de assistência social, como serviços médico-ambulatoriais, em seus próprios estabelecimentos, quando era possível obter tais serviços mediante credenciamentos ou convênios com empresas médicas, a custos mais baixos. Certamente, no caso dos convênios e credenciamentos do Inamps com grupos médicos privados, a lógica foi outra, estando, provavelmente, ligada à política implícita de criar demanda efetiva para o setor médico-ambulatorial privado. Mas, em ambos os casos, esta política gerou as condições necessárias para que a força de trabalho em saúde passasse a se inserir, cada vez mais, em estabelecimentos cuja atividade principal era a prestação de serviços de saúde.

A composição interna dos profissionais de saúde também apresentou alterações substanciais. As categorias com formação universitária aumentaram sensivelmente sua participação, ao longo da década, ocorrendo, em contrapartida, uma redução da participação relativa dos profissionais de nível médio e elementar. Dentre os profissionais de nível superior, os enfermeiros e os médicos foram os que mais cresceram, na medida em que apresentaram incrementos brutos da ordem de 142,9% e 125,6%, entre 1970 e 1980, respectivamente. Quanto aos profissionais de nível médio e elementar, destaca-se o crescimento do pessoal de enfermagem (124%), capitaneado pelo largo incremento absoluto do número de atendentes.

Ao nível da composição relativa destes profissionais, algumas categorias apresentaram perda de participação, cabendo destacar os farmacêuticos, os laboratoristas e os operadores de raios X. A redução da participação relativa destas três categorias profissionais na composição do emprego em saúde pode estar associada a mudanças na base técnica de seus respectivos processos de trabalho, dado que, em todas elas, verificou-se maior operosidade na produção de serviços como decorrência do progresso técnico. Ressalta-se, ainda, a redução absoluta do número de parteiras, resultante parcial do rápido aumento das taxas de urbanização sofrido na última década e da modernização dos serviços de saúde, nas regiões brasileiras de maior atraso relativo, gerando as condições de substituição da parteira “prática” por profissionais mais qualificados. Certamente, a profissão de parteira “prática” tende a se reduzir ainda mais nas próximas décadas. Todos os dados que descrevemos, quanto a esta tendência, poderão ser observados, sinteticamente, na tabela 1.

A tendência ao crescimento acelerado da força de trabalho em saúde, na década de 70, respondeu, portanto, à lógica do Estado e dos grupos médicos em tornar o setor saúde rentável para o capital privado. No entanto, o largo

¹² Entende-se por institucionalização do trabalho em saúde o movimento pelo qual o conjunto da força de trabalho de saúde passa a estar ocupado nas instituições de saúde. Para maiores esclarecimentos, ver Médici, A. C. *Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70*. ENSP/Fiocruz, 1984. mimeogr.

Tabela 1

Profissionais em saúde no Brasil
1970-80

Categorias profissionais	1970		1980		Δ (%)
	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)	
<i>Nível superior¹</i>	84.824	27,65	174.853	29,42	106,14
Médicos	45.113	14,71	101.793	17,13	125,64
Odontólogos	30.376	9,90	55.116	9,27	81,44
Farmacêuticos	4.361	1,42	5.860	0,99	34,37
Enfermeiros	4.974	1,62	12.084	2,03	142,94
<i>Nível médio e elementar</i>	221.906	72,35	419.553	70,58	89,07
Parteiras	4.190	1,37	3.446	0,58	- 17,76
Pessoal de enfermagem	134.099	43,72	300.388	50,54	124,00
Fisioterapeutas e massagistas	3.478	1,13	13.991	2,35	302,27
Operadores de raios X	8.003	2,61	6.738	1,13	- 15,80
Protéticos	3.993	1,30	13.031	2,19	226,35
Práticos de farmácia	8.856	2,89	12.724	2,14	43,68
Laboratoristas	42.390	13,82	48.979	8,24	15,54
Guardas sanitários	16.897	5,51	20.556	3,41	19,88
<i>Total</i>	306.730	100,00	594.406	100,00	93,79

Fonte: IBGE/ENSP. Pesquisa sobre Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

¹ Estão excluídos os psicólogos, os nutricionistas e os assistentes sociais.

crescimento econômico da primeira metade da década e o fato de o setor servir de "paliativo" para as demandas sociais insatisfeitas com os mecanismos de arrocho salarial, sem que os trabalhadores pudessem ter seus verdadeiros canais de expressão, contribuíram muito para o crescimento do emprego no setor. Os profissionais de nível superior sofreram, no bojo de sua ampliação, os efeitos da reforma universitária, que no intuito de ceder às pressões por mais vagas, aumentaram largamente os patamares de formação de quadros de 3.º grau, propiciando ao sistema de saúde absorver com folga os novos profissionais que ingressavam, a cada ano, no mercado de trabalho. A ampliação dos profissionais de nível médio e elementar cumpriu, em parte, a lógica de ampliação do setor terciário da economia brasileira, absorvendo, com baixos salários, o seu quinhão de trabalhadores relativamente desqualificados.

3.2 Tendência ao aumento da participação feminina no emprego em saúde

Até 1970, a participação feminina no conjunto da força de trabalho de saúde era relativamente reduzida, embora existissem algumas categorias profissionais que, por tradição, eram ocupadas por mulheres, tais como parteiras, auxiliares,

técnicos e atendentes de enfermagem e enfermeiros. Entre 1970 e 1980, aumenta substancialmente a participação feminina no emprego em saúde, tendência que se verifica, com menor intensidade, para a totalidade da população economicamente ativa.

Dados dos Censos Demográficos de 1970 e 1980 revelam que a participação feminina na força de trabalho brasileira evoluiu de 20,9 para 27,4%, ao longo da década. Diversos fatores contribuíram para este fenômeno, cabendo destacar o papel que o emprego feminino passou a ter na composição do orçamento doméstico, dado que o período caracterizou-se pela substancial perda de poder aquisitivo dos trabalhadores, advinda da política de arrocho salarial. Outro fator que muito contribuiu para o aumento do trabalho feminino foi, sem vias de dúvida, decorrente de mudanças sócio-culturais em direção à maior aceitação social da mulher no mercado de trabalho.

Entre 1970 e 1980, a participação feminina nas atividades de saúde evoluiu de 41,51 para 62,87%, indicando, portanto, ao final da década, uma hegemonia feminina no perfil dos profissionais de saúde. O maior peso das mulheres na composição relativa do emprego ocorreu mais acentuadamente com os profissionais de formação universitária, onde a participação feminina passou de 17,96 para 35,24%, ao longo do período. Tendência similar verificou-se para os profissionais de saúde com nível médio e elementar, embora com menos intensidade. As ocupações que não eram de saúde, embora fossem desempenhadas no setor, apresentaram forte incremento de participação feminina, que passou de 35,38 para 67,52% nessas ocupações, ao longo da década.

A "feminização" do emprego do setor saúde no Brasil dos anos 70 não deve ser explicada sob o ponto de vista global mas, ao contrário, deve responder às distintas particularidades atinentes a cada categoria ou grupo de categorias profissionais. No caso dos empregos de nível superior, a reforma universitária possibilitou maior ingresso de mulheres nas universidades, particularmente em cursos que detinham tradição masculina, como medicina e odontologia. Mudanças sócio-culturais favoreceram maiores níveis de aceitação social da mulher no mercado de trabalho, de forma que entre 1970 e 1980 o contingente feminino entre os médicos aumentou de 11,6 para 20,6% e entre os dentistas evoluiu de 11,5 para 28,2%. Como corolário deste movimento, específico da década, a força de trabalho feminino nessas profissões é eminentemente jovem.

Quanto aos profissionais de saúde de nível médio e elementar, deve-se destacar que a composição já se apresentava como sendo hegemonicamente feminina em 1970, dado que 59,2% destes eram mulheres. Em 1980, este percentual aumenta para 68,8%, indicando maior "feminização", embora a taxas menores do que as verificadas para os profissionais de nível superior. Além da maior aceitação social do trabalho feminino, o aumento relativo das mulheres neste contingente de ocupados encontra-se correlacionado à estrutura salarial mais baixa do emprego feminino e ao papel das mulheres na composição do orçamento das famílias, o qual passou a ser mais destacado em virtude da política de arrocho salarial intensificada nos primeiros anos da década de 70.

Os dados disponíveis indicam que a participação feminina nas atividades de saúde é maior no setor de assistência médico-hospitalar particular. Mas em termos de tendência, observa-se, ao longo da década, expressivo movimento de

absorção do emprego feminino nas atividades públicas de assistência médico-hospitalar.

3.3 Tendência ao rejuvenescimento da força de trabalho em saúde

No decênio 1970-80 ocorreu discreto rejuvenescimento dos profissionais de saúde. Aqueles com idade entre 20 e 29 anos passaram de 29,8 para 35,6% da totalidade desses profissionais.

Tal rejuvenescimento, no entanto, é mais nítido no tocante ao pessoal de nível superior, onde os profissionais com menos de 30 anos de idade passam de 14,4 para 26,1%, ocorrendo, também, expressivo aumento na participação dos profissionais com idade entre 30 e 39 anos no conjunto desse segmento da forma de trabalho em saúde.

Algumas categorias de nível superior, como os médicos, são particularmente ilustrativas desse movimento, visto que aqueles com menos de 40 anos evoluem de 46,5 para 66,6%, enquanto os com mais de 60 anos de idade passam de 10,9 para 6,3%, ao longo do período.

Entre os profissionais de nível médio elementar, também pode ser observado um rejuvenescimento, embora bem menos acentuado do que o verificado para os profissionais de nível superior. Assim, os que tinham menos de 30 anos aumentam sua participação de 43,2 para 45,7%, enquanto os com mais de 60 anos têm seu peso reduzido de 2,7 para 2,2% na década.

Embora a tendência ao rejuvenescimento da força de trabalho em saúde seja geral, ela é absolutamente hegemônica no seio dos profissionais de nível superior, basicamente em função da reforma universitária e da explosão de egressos das escolas de 3.º grau.

Vale observar, no bojo das categorias de nível médio e elementar, que as parteiras tiveram tendência inversa à verificada para o conjunto dos profissionais, apresentando um envelhecimento relativo. Tal fato está associado à perda de importância desta profissão em face do processo de urbanização e à modernização dos serviços de saúde, o que influencia negativamente os novos contingentes profissionais, no sentido de não abraçarem esta ocupação.

O rejuvenescimento da força de trabalho em saúde está associado às duas tendências anteriormente mencionadas: o crescimento acelerado e o aumento da participação feminina no trabalho em saúde, na medida em que o maior contingente de profissionais, particularmente de nível superior, e a maior taxa de ingresso da mulher no mercado de trabalho em saúde ocorreram predominantemente nas faixas etárias mais jovens. Assim, verifica-se que entre os profissionais universitários até 29 anos, 56,1% eram mulheres em 1980, contra 29,4% em 1970. O mesmo ocorreu com a faixa etária de 30 a 39 anos, em que as mulheres evoluem de 23,7 para 35,8% ao longo da década.

Tendência semelhante é encontrada no seio de algumas categorias profissionais como os médicos, em que a participação feminina na faixa etária de menos de 30 anos eleva-se de 23,7 para 37,3%, entre 1970 e 1980.

O rejuvenescimento associado à "feminização" ocorre também junto aos profissionais de nível médio e elementar, embora com menos intensidade. Dessa forma, a faixa etária de 20 a 29 anos, que detinha 59,6% de mulheres em 1970, passa a conter 70% de profissionais do sexo feminino, em 1980.

3.4 Tendência à elevação do grau de escolaridade dos profissionais de saúde

A elevação da escolaridade da força de trabalho específica de saúde pode ser avaliada em dois movimentos: pelo aumento da magnitude relativa dos profissionais de nível superior na composição dessa força de trabalho e pelo aumento do número médio de anos de estudo dos profissionais de nível médio e elementar.

Entre 1970 e 1980 os profissionais com nível superior passam de 28,6 para 33,5% do conjunto dos ocupados no setor saúde.¹³ Mais significativo, no entanto, é o avanço, em termos de escolaridade, sofrido pelo pessoal de nível médio e elementar. Em 1980, 2,2% desses profissionais tinham completado o 1.º grau e 20,6% haviam completado o 2.º grau, enquanto que em 1970 apenas 16,2 e 10,2% detinham, respectivamente, tais escolaridades.

Apesar desta expressiva melhoria dos níveis de instrução, permanece elevada a proporção de profissionais de saúde que não possuem completo o 1.º grau. Descontados os que têm outros títulos decorrentes de escolaridade não-regular (7,45%) e os que possuem instrução superior (2,64%), quase a metade (47,12%) desses profissionais não concluiu, sequer, o nível básico de escolaridade.

Algumas destas categorias profissionais de nível médio e elementar, como o pessoal de enfermagem, detêm mais da metade de seu contingente sem escolaridade de 1.º grau. A participação dos que possuíam 1.º grau completo evoluiu de 17 para 24%, e dos detentores de diploma de 2.º grau ampliou-se de 6 para 18%, entre 1970 e 1980.

Estes dados indicam que o decênio favoreceu uma substancial escolaridade da força de trabalho em saúde com nível médio e elementar. Mas muito há, ainda, que se ganhar com a elevação da escolaridade destes profissionais, mormente nas regiões mais carentes de pessoal nos serviços de saúde. Alguns programas governamentais têm definido importantes linhas de trabalho com vistas a suprir tais deficiências, apesar dos tímidos resultados até hoje conhecidos.

3.5 Tendência ao desaparecimento da prestação autônoma de serviços em saúde

O assalariamento tem sido, até o presente momento, a face iluminada do crescimento "capitalista" da força de trabalho em saúde. Os dados da pesquisa de Recursos Humanos da ENSP/Fiocruz revelam, no entanto, que mais importante que o assalariamento foi a redução dos profissionais que tinham a condição de autônomo na ocupação principal. Entre 1970 e 1980 ocorreu um decréscimo de 15,1 para 13,7% na participação relativa dos autônomos no conjunto da força de trabalho em saúde. Esta perda de autonomia, porém, restringe-se única e exclusivamente aos profissionais de nível superior, em que os autônomos se reduzem de 42,8 para 33,6% ao longo da década.

Entre os profissionais de nível médio e elementar, a proporção de autônomos manteve-se constante no período. Vale dizer que entre estes sempre predomi-

¹³ Neste conjunto estão incluídos não só os profissionais de saúde, mas também outros profissionais que trabalham nas atividades de saúde.

naram, em larga escala, os assalariados. Tanto em 1970 como em 1980, cerca de 94% destes profissionais detinham a condição de "empregados".

Algumas categorias de nível superior, como os médicos e os odontólogos, apresentaram comportamento especial. Apesar da tendência à perda de autonomia, o percentual de empregados entre os médicos manteve-se constante, ao longo da década. Destaca-se, neste caso, o aumento de profissionais que detêm uma condição intermediária, expressa pela multiplicidade de posições na ocupação.¹⁴

Entre os odontólogos, é expressivo o contingente de autônomos na categoria. O decréscimo de autônomos entre estes profissionais, ao longo dos anos 70, foi pouco acentuado, passando de 69,6 para 64,5%. Portanto, podemos dizer que os profissionais em odontologia constituem uma categoria majoritariamente marcada pela autonomia.

De modo geral, as mulheres estão em desvantagem, com relação aos homens, no que tange à condição de autonomia. Enquanto cerca de 23,2% dos profissionais em saúde do sexo masculino eram autônomos em 1980, apenas 6,9% das mulheres detinham esta condição naquele ano. Exceção foi registrada para os psicólogos: em 1980, 30,9% das mulheres desta categoria eram autônomas, contra 20,1% dos homens.

3.6 Tendência ao aumento da absorção de empregos no setor privado

Embora tenha ocorrido expressivo aumento da força de trabalho em saúde, vale destacar o rápido aumento da participação do setor assistência médico-hospitalar privada na absorção do emprego. A participação desse setor aumentou de 22,9 para 34% no decênio, indicando um incremento bruto real de 196,8%, contra os 71,7% encontrados para o conjunto da força de trabalho em saúde alocada aos demais setores.

Ao lado deste movimento de "privatização" do emprego no setor saúde, deve-se destacar a existência de uma absorção seletiva de pessoal de nível superior nas atividades médico-hospitalares privadas, onde as categorias universitárias passaram a responder por 34% do emprego, em 1980, quando 10 anos antes representavam, apenas, 19,8%.

Neste particular, os médicos apresentaram tendência semelhante, dado que, em 1980, cerca de 37% destes profissionais encontravam-se nas atividades de assistência médico-hospitalar privada, enquanto, em 1970, este percentual não chegava a 22%.

A tendência à "privatização" do emprego em saúde ocorreu, da mesma forma, para os profissionais de nível médio e elementar, embora com muito menos intensidade, dado que o setor público continuou a ser um grande empregador destes profissionais na década de 70.

¹⁴ A questão da multiplicidade de empregos da força de trabalho em saúde no Brasil, no caso dos médicos, encontra-se explicada em recente trabalho da Prof.^a Cecília Donnangelo sobre o mercado de trabalho médico no Brasil e em Médiçi, A. C. *Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70*. cit.

3.7 Tendência ao prolongamento da jornada de trabalho dos profissionais de nível superior

Os profissionais de saúde na década de 70 passaram a trabalhar mais, fato que se verifica com mais nitidez para as categorias universitárias. Alguns fatores já destacados, como as maiores dificuldades de estabelecer laços de autonomia e a “desvalorização” do trabalho destes profissionais favoreceram a procura por maior número de postos de trabalho para cada profissional, o que foi respondido pela oferta, em função das condições descritas no cenário traçado anteriormente. Como corolário deste movimento, aumenta de 29,5 para 33,3% a magnitude dos profissionais de nível superior que trabalhavam mais de 50 horas por semana.

Tal prolongamento da jornada de trabalho nas categorias universitárias está, em grande parte, afetado pelo “peso” dos médicos, dado que, entre estes, a parcela que trabalhava mais de 50 horas semanais evoluiu de 36,8 para 46,2%, entre 1970 e 1980. O aumento do número de empregos de “tempo parcial” entre os médicos é decorrência direta deste movimento. Dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE indicam que, entre 1976 e 1980, os empregos de tempo parcial passam de 75,1 para 78,1% do total de postos de trabalho entre os médicos.¹⁵

Quanto aos profissionais de nível médio e elementar, não foram observadas alterações muito significativas na duração da jornada de trabalho.

Entre os profissionais de nível superior observou-se uma redução substancial dos que trabalhavam entre 40 e 49 horas, em termos relativos, aumentando a participação, tanto dos que trabalhavam mais de 50 horas, como dos que trabalhavam menos de 40 horas semanais.

Ao que tudo indica, portanto, a jornada de trabalho dos profissionais de saúde com instrução superior ficou viezada, de um lado, por um conjunto de profissionais “subocupados” por deterem um número de empregos que não lhes garantia, sequer, despender 40 horas semanais de trabalho; e de outro, por um conjunto de profissionais “superempregados”. A duração da jornada de trabalho destes profissionais indica que, em média, os homens se empregam por um número mais elevado de horas semanais. Assim, 42,2% dos homens trabalhavam mais de 50 horas por semana, contra 17% das mulheres, em 1980.

No caso dos médicos, vale dizer que 25,6% dos homens detinham dois empregos ou mais, enquanto apenas 12,02% das mulheres encontravam-se nesta condição, ao final da década de 70, o que justifica, em parte, as grandes diferenças existentes entre os sexos na duração da jornada de trabalho.

3.8 Tendência à desconcentração e à bimodalidade da distribuição dos rendimentos dos profissionais de saúde

Entre 1970 e 1980 ocorreram diversas mudanças na estrutura de distribuição de renda dos profissionais em saúde no Brasil, sendo mais relevantes dois fe-

¹⁵ Interessante notar que ocorre o inverso para as demais categorias profissionais do setor saúde.

nômenos: a desconcentração e a bimodalidade na distribuição dos rendimentos dos profissionais de nível superior.

A desconcentração ocorreu tanto para o conjunto da força de trabalho de saúde quanto para seus distintos segmentos. Até 1970 cerca de 16% dos profissionais de nível médio e elementar recebiam mais de três salários mínimos mensais, enquanto em 1980 mais de 24% auferiam rendimentos nesta faixa. Paralelamente, as categorias com formação universitária também melhoraram sua posição relativa, na medida em que a participação dos profissionais com renda superior a 20 salários mínimos aumenta de 13,2 para 25,2% no período.

A bimodalidade foi observada apenas nos profissionais de nível superior no ano de 1980, não tendo sido registrada em 1970. Na distribuição dos rendimentos dos profissionais de nível superior são encontrados duas classes de renda que representam “picos” na distribuição: a de 5 a 10 salários mínimos, com 27% destes profissionais, e a de 20 a 30 salários mínimos, com cerca de 15% dos ocupados.

Entretanto, a bimodalidade é fenômeno encontrado apenas para os profissionais do sexo masculino, dado que as mulheres com instrução superior têm apenas uma “moda”, representada pela classe de 5 a 10 salários mínimos, a qual concentra 42% destas profissionais.

Analogamente, os profissionais do sexo masculino, com formação superior, apresentam uma distribuição de renda com duas modas, representadas pelas classes de 10 a 15 salários mínimos (23,16%) e de 20 a 30 salários mínimos (21,15%). Os médicos e os odontólogos apresentam “picos” nas faixas de 5 a 10, e 20 a 30 salários mínimos.

A bimodalidade também se verifica, com mais intensidade, na distribuição dos rendimentos dos profissionais universitários com mais de 40 anos, na dos autônomos e na dos que trabalham 50 horas ou mais por semana. Portanto, ela está associada à existência de um grupo de pessoas que em função dos três fatores supracitados adquiriram estabilidade econômica.

Tanto em 1970 como em 1980 a força de trabalho, em saúde, de nível superior e do sexo masculino apresentou níveis de rendimento superiores aos verificados para as mulheres. Em 1980, 35,9% dos homens ganhavam mais de 20 salários mínimos, enquanto apenas 5,8% das mulheres auferiam renda nesta faixa. O baixo patamar de renda das mulheres detentoras de instrução superior está associado a algumas características específicas deste contingente profissional, cabendo destacar:

1. o fato de constituírem um contingente preponderantemente jovem;
2. o fato de trabalharem um menor número de horas semanais e de terem menos ocupações remuneradas;
3. o fato de encontrarem maiores dificuldades em se estabelecerem como autônomos numa relação de “trabalho liberal”.

Os profissionais que detêm mais de uma ocupação apresentam níveis de renda superiores aos que exercem apenas uma. Assim, em 1980, 28,7% dos médicos com mais de uma ocupação auferiam renda superior a 30 salários mínimos, enquanto que apenas 11,1% dos que tinham só uma ocupação inseriam-se neste patamar de renda. Paralelamente, nenhum médico com mais de

uma ocupação ganhava menos de três salários mínimos em 1980, enquanto 3,2% dos que detinham apenas uma ocupação inseriam-se nesta faixa.

Os autônomos auferem renda superior aos empregados, fato que ocorre também para os profissionais que trabalham mais de 50 horas por semana, com relação aos que têm jornada de trabalho menor.

4. *Perspectivas*

Descritas as principais tendências do comportamento da força de trabalho em saúde, nos anos 70, observa-se que as políticas desse setor, no Brasil, no início dos anos 80, parecem orientar-se para a atenção integral à saúde da população, independentemente de esta descontinuar para a previdência. Isto exige, do ponto de vista dos recursos humanos, profissionais com formação e orientação mais generalista, bem como maior qualificação técnica, a nível de 2.º grau. Paralelamente, torna-se necessária uma taxa maior de absorção dos empregos no próprio setor público, dado que o modelo calcado na iniciativa privada não proporcionou melhorias significativas nas condições de saúde, embora tenha sustentado grande número de empresas e grupos médicos que, sem os recursos públicos investidos no modelo, não se teriam expandido com tanta lucratividade.

Os prováveis rumos políticos, econômicos e sociais da sociedade brasileira parecem ser antiléticos, apesar da aparente identidade dos programas de Governo dos candidatos à sucessão presidencial que ocorrerá em janeiro de 1985. Cabe, na formulação dos programas de Governo, esboçar estratégias em que os recursos humanos em saúde estejam inseridos numa perfeita coordenação técnica com os objetivos da política de saúde e da política econômica. Mas, na definição destes objetivos, a técnica deverá ceder lugar à política e a sociedade brasileira definidora, em última instância, das prioridades sociais, poderá estar incumbida, depois de 20 anos de arbítrio, de retornar ao seu papel de definir às prioridades políticas coerentes com suas reais necessidades.

Summary

This study intends to provide a description of the main trends prevailing in the Brazilian labor market, in the area of health. Starting from a survey covering the context in which economic and social policies of the 70's were developed, the work stresses some aspects connected with the socio-economic, demographic and institutional features of the labor force that operated in the health area in Brazil from 1970 to 1980.