

ESTRUTURA E DINÂMICA DA FORÇA DE TRABALHO MÉDICA NO BRASIL NA DÉCADA DE 70*

ANDRÉ CEZAR MEDICI**

1. Introdução; 2. Mudanças no perfil da oferta da força de trabalho médica: aspectos regionais; 3. Situação sócio-econômica e demográfica dos profissionais em medicina no Brasil; 4. O emprego médico nos estabelecimentos de saúde no Brasil entre 1976 e 1980; 5. Considerações finais.

1. Introdução

Desde meados da década de 60, a expansão do número de profissionais em saúde, particularmente dos médicos, vem sendo proposta como solução parcial para a melhoria dos serviços e do atendimento do sistema de saúde brasileiro. Diversos relatórios elaborados na época por organismos nacionais e internacionais¹ denunciavam a existência de altas relações habitante/médico, em face dos padrões aceitos como normais, em todo o espaço nacional, quadro que se agravava quando consideradas as regiões mais carentes do país. No interior desta problemática, duas ordens de fatos pressionavam a expansão do número de profissionais em saúde no Brasil:

a) *os baixos níveis de atendimento e a existência de um aparelho de saúde cuja eficácia era insuficiente para suprir a demanda latente de serviços de saúde*, o que contribuía para a manutenção de altos padrões de morbi-mortalidade da população;

b) *a reformulação do sistema de saúde, ocorrida a partir de 1967*. A unificação da previdência social; a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o deslocamento dos serviços de saúde da esfera do Ministério da Saúde para a Previdência Social mudaram o enfoque da questão da saúde que, antes

* O presente trabalho é subproduto da pesquisa "Recursos humanos para a saúde no Brasil", que se encontra em andamento no Departamento de Planejamento e Administração da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz), desenvolvida com recursos da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e com apoio técnico do Grupo Assessor Principal da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS)/Organização Mundial de Saúde (OMS).

** Economista, professor e pesquisador da ENSP/Fiocruz. (Endereço do autor: Rua Morais e Silva, 86/405 — 20.271 — Tijuca — Rio de Janeiro, RJ.)

¹ Os documentos internacionais que propõem metas no que tange ao tamanho ótimo da força de trabalho médica no Brasil são, basicamente, a Carta de Punta del Este (1961) e os Anais da 3.^a Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (1972). Dentre os documentos nacionais, destacam-se os oriundos da 4.^a Conferência Nacional de Saúde (agosto de 1967) e o da IX Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas (setembro de 1971).

colocada como “problema geral”, passou a ser vista como problema do trabalhador e de sua família.² Ao prestar atenção médica obrigatória a todos os trabalhadores brasileiros formalmente protegidos pela legislação trabalhista,³ bem como às suas respectivas famílias, o sistema previdenciário passou a necessitar de maiores recursos humanos e materiais, contribuindo sobremaneira para o aumento da demanda de médicos nas instituições públicas e privadas de saúde.⁴

Por motivos distintos, estas duas ordens de fatos fortaleciam a necessidade de se incrementar o número de profissionais em saúde no Brasil. Mas expandir a formação de que profissionais? Embora fosse apregoada a necessidade de expansão da rede básica de atendimento e dos profissionais de nível médio qualificados, a maioria dos planos de governo concentrou-se, em larga escala, na formação de médicos.

Nos últimos cinco anos da década de 60 foram criadas nada menos do que 33 novas escolas de medicina no país, mais que duplicando a capacidade de formação existente. Todas as metas relacionadas ao aumento do número de médicos foram superadas durante a década. É verdade que outros fatores, tais como as pressões da classe médica por mais vagas universitárias e a reforma do ensino superior, que passou a atender uma perspectiva de formação “em massa”, contribuíram para a expansão das vagas nos cursos de medicina.⁵ Porém as perspectivas de elevação do número de postos de trabalho foram os principais motivos que levaram ao aumento da oferta de vagas em cursos desta natureza.

A formação de pessoal qualificado de nível médio, embora necessária, não foi estimulada na proporção devida, acentuando a defasagem quanto à proporcionalidade das diversas categorias entre si no perfil dos profissionais de saúde. O resultado de todo este processo foi um crescimento de 94% da força de trabalho em saúde, ao longo da década de 70, passando a contar esse setor com 614 mil trabalhadores em 1980. Este resultado é espantoso, dado que a população economicamente ativa cresceu apenas 47% no mesmo período (1970-80). Porém o crescimento do pessoal de nível superior foi acentuadamente maior do que o de nível médio e elementar: 106% contra 80% ao longo do decênio, o que comprova os argumentos apresentados.

² Tal mudança pode ser encarada como “típica” de uma sociedade cada vez mais permeada pelas relações capitalistas de produção. A rigor, ela teria o mesmo efeito que a derrubada das “leis dos pobres” na Inglaterra, que se estendiam a toda população e foram substituídas por uma legislação social que beneficiava (se este pode ser o termo) somente a família trabalhadora.

³ A cobertura previdenciária no Brasil se estende apenas aos trabalhadores formalmente protegidos, ou seja, àqueles que contribuem individualmente ou através do empregador para o sistema previdenciário. Podem ser incluídos também os trabalhadores agrícolas beneficiários do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural). Todavia, cerca de 40% da força de trabalho brasileira não estão nessa situação, encontrando-se descobertos pela Previdência Social e, conseqüentemente, pela atenção médica previdenciária.

⁴ Com a unificação da Previdência Social, o sistema privado de saúde também teve fortes estímulos à expansão, dado que a rede pública era insuficiente para atender ao novo número de beneficiários do sistema. Desde então os convênios e credenciamentos com instituições privadas vêm sendo usados como forma de complementar a demanda pelos serviços de saúde da população coberta pela Previdência. Porém na década de 60 não se verificou este fenômeno com tanta intensidade quanto na década de 70.

⁵ Ver Quadra, Antônio A. & Amancio, Aloysio. O planejamento e a formação de recursos humanos para a saúde. In: Guimarães, Reinaldo, org. *Saúde e medicina no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p. 243.

O objetivo do presente artigo é descrever as principais mudanças na força de trabalho médica no Brasil entre 1970 e 1980. Nesse período, o número de médicos evoluiu de 45 mil para cerca de 102 mil, com um crescimento bruto de 126%. Todavia, o crescimento do número de médicos, em particular, e de profissionais em saúde, em geral, não foi acompanhado, na mesma proporção, por melhoria nas condições de saúde da população. Vale ressaltar que estas encontram-se indissolúvelmente ligadas ao padrão de distribuição de renda e de nutrição nos diversos segmentos populacionais, principalmente daqueles mais numerosos — os de baixa renda. Portanto, a oferta de serviços é condição necessária, mas, para ser suficiente e melhorar os padrões de morbi-mortalidade, deve ser planejada em conjunto com outras medidas que venham modificar o quadro sócio-econômico extremamente desigual da população brasileira.

2. *Mudanças no perfil da oferta da força de trabalho médica: aspectos regionais*

O redimensionamento do aparelho formador de médicos no Brasil, a partir da segunda metade da década de 60, proporcionou uma explosão desses profissionais no mercado de trabalho no Brasil. Entre 1935 e 1965 o número de escolas médicas havia passado de 12 para 27, e a quantidade desses profissionais, de 8.184, em 1935, para 33.347, em 1966.⁶ A partir de 1965 e até 1970 foram autorizadas a funcionar 33 novas escolas de medicina, sendo que a grande maioria delas no setor educacional privado. Os dados do Censo Demográfico de 1970 mostram a existência de 45.113 médicos. Portanto, presume-se que a capacidade de formação desses profissionais era bastante elevada já na década de 60, pois os dados indicam uma taxa média de ingresso de cerca de 3 mil médicos por ano no mercado de trabalho,⁷ entre 1966 e 1970.

Todavia, à expansão da oferta de médicos correspondiam também mudanças no perfil da demanda. A nova orientação assistencialista e privatizante da previdência social demandava uma política arrojada de recursos humanos. Com a criação do INPS (1967) e a extensão da atenção médico-previdenciária a toda a população trabalhadora, a rede hospitalar pública e os profissionais em saúde disponíveis na antiga estrutura do Ministério da Saúde eram insuficientes para dar conta da demanda contida, em face da nova organização dos serviços de saúde e previdência outorgada dos trabalhadores. Paralelamente, a rede privada havia-se expandido, até então, de acordo com a demanda social por serviços de saúde, restrita ao poder de compra das camadas médias urbanas e aos poucos convênios fixados entre profissionais liberais, hospitais e ambulatórios privados com os Institutos de Aposentadoria e Pensões.

Em face destas dificuldades, a temática da formação de recursos humanos passa a figurar de forma plena no discurso e na prática das instituições médicas brasileiras, a partir de 1966, com pautas lotadas de temas, como treinamento, capacitação, informação tecnológica e especialização. O modelo assistencial demandava não só uma maior quantidade de profissionais em saúde, mas também

⁶ Estatísticas do DAU/MEC, citadas na revista *Veja* de 19 ago. 1978, p. 33. Informação extraída de Madel, Luz. *As Instituições médicas no Brasil — instituições e estratégia de hegemonia*. 2. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1981. cap. 3. Os dados relativos ao número de médicos em 1966 são projeções da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatísticas da Saúde do Ministério da Saúde.

⁷ Estima-se que a atual taxa de ingresso esteja por volta de 8 mil médicos por ano.

uma grande diversificação técnica destes profissionais, em virtude da natureza do processo de trabalho característico dos aparelhos hospitalares. A nova orientação do ensino médico não se pautava mais pela formação de clínicos gerais, como ocorria na época da medicina liberal, mas sim pela produção de técnicos detentores de um saber parcial, voltados à manipulação de práticas e instrumentos específicos de trabalho.

A ampliação da procura de serviços de saúde proporcionada pela nova estrutura da Previdência Social demandava, em paralelo, a plena utilização das instalações existentes, fato que não poderia, de imediato, ser solucionado com o quadro de pessoal existente. A utilização mais intensa da residência médica e a criação de programas de integração docente-assistencial vieram, parcialmente, cobrir essa lacuna.

A formação de recursos humanos, aliada ao planejamento do setor saúde, passou a ser uma das principais “peças de resistência” da nova organização do setor saúde no Brasil. Basta ressaltar que a 4.^a Conferência Nacional de Saúde (agosto de 1967) tinha como tema básico “Recursos humanos para as atividades de saúde”. Mas como formar recursos humanos em saúde, na escala exigida, em tão pouco tempo? Através da criação de uma rede escolar privada com apoio operacional e financeiro do Estado. Em finais da década de 60, cerca de 62% das escolas de medicina do país tinham como principal fonte de financiamento os recursos federais, estaduais e municipais.⁸ A necessidade de criação de um maior número de escolas de medicina, bem como a formação de outros profissionais em saúde é defendida em larga escala na IX Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), em setembro de 1971.

Os resultados desta política podem ser vistos na análise das tabelas que se seguem.

Embora possa ser detectado um crescimento de quase todas as categorias profissionais do setor saúde, observa-se uma evolução da participação relativa dos médicos no conjunto da força de trabalho em saúde. Estes passavam de 14,71% para 17,13% do total de profissionais do setor, com um incremento bruto de 125,64% contra os 93,79% verificados para o conjunto da força de trabalho em saúde. Deve-se destacar que a proporção entre médicos e pessoal de enfermagem⁹ ficou praticamente mantida ao longo do decênio, dado que este teve um crescimento bruto de 124%. Dos profissionais de nível superior, apenas os enfermeiros tiveram incremento relativo superior ao dos médicos. Dos de nível médio e elementar, destacaram-se os fisioterapeutas e massagistas e os protéticos, como categorias de maior crescimento relativo.

Porém, em 1980, os 101.793 médicos já representavam 58% da força de trabalho em saúde, com formação universitária. Os efeitos desse crescimento nas condições de trabalho desta categoria serão analisados posteriormente.

Um dos aspectos mais debatidos nas políticas de recursos humanos em saúde no Brasil refere-se à alta concentração de médicos nas regiões mais desenvolvidas

⁸ Castro, C. L. M. *Características básicas das escolas na área das ciências da saúde*. Rio de Janeiro, INEP/NIERHS, 1970. Apud Chaves, Mário M. *Análise do crescimento provável do número de médicos no Brasil: opções necessárias*. Trabalho apresentado à IX Reunião Anual da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), Curitiba, 4 a 7 de setembro de 1971. mimeogr.

⁹ Esta categoria compõe-se basicamente de auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e atendentes.

Tabela 1
Profissionais em saúde no Brasil
1970-80

Categorias profissionais	1970		1980		Δ (%)**
	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)	
Nível superior*	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	81,45
Farmacêuticos	4.361	1,42	5.860	0,99	34,37
Enfermeiros	4.974	1,62	12.084	2,03	142,94
Nível médio e elementar	221.906	72,35	419.853	70,63	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	— 15,81
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	3,46	21,65
Total	306.730	100,00	594.406	100,00	93,79

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

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

** O incremento bruto é dado pela razão entre os profissionais de 1980 sobre os profissionais de 1970, subtraída da unidade e multiplicada por 100, ou seja,

$$\Delta (\%) = \left(\frac{P (1980)}{P (1970)} - 1 \right) \times 100.$$

e, conseqüentemente, a insuficiência destes profissionais nas regiões mais carentes do país. O Dr. Mário Sayeg¹⁰ já havia detectado a existência de grande número de municípios brasileiros que não detinham, sequer, um médico. Situação

¹⁰ Sayeg, M. A. *Correlações numéricas entre médico e outros profissionais de nível superior*. Trabalho apresentado à III Conferência Pan-Americana de Educação Médica/XIV Congresso Brasileiro de Educação Médica, Rio de Janeiro, 1976. mimeogr.

similar pode ser verificada quando se observa a distribuição dos médicos segundo as regiões brasileiras, em confronto com a distribuição espacial da população.

Pela tabela 2 pode-se observar que, em 1970, a Região Sudeste, detentora de 42,8% da população, absorvia 63,6% dos médicos do país. Em contrapartida, todas as demais regiões apresentavam uma menor proporção de médicos em relação à magnitude relativa de suas populações, destacando-se como casos “gritantes” os das Regiões Norte e Nordeste que, povoadas com 3,9% e 30,2% da população brasileira, detinham apenas 0,7% e 17,6% do total de médicos do país, respectivamente.

Tabela 2
Distribuição percentual dos médicos e da população brasileira,
segundo as macrorregiões fisiográficas
Brasil — 1970-1980

Macrorregiões fisiográficas	Anos. distribuição dos médicos e da população			
	1970		1980	
	Médicos(%)	População(%) (1.000 hab.)	Médicos(%)	População(%) (1.000 hab.)
Brasil	45.113(100%)	93.139(100%)	101.793(100%)	119.099(100%)
Região Norte	0,7	3,9	2,6	4,9
Região Nordeste	17,6	30,2	19,2	29,3
Região Sudeste	63,6	42,8	55,0	43,4
Região Sul	15,6	17,7	18,3	16,0
Região Centro-Oeste	2,5	5,4	4,9	8,1

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

De 1970 a 1980 deve-se reconhecer a ocorrência de uma melhoria relativa nesta desproporção. Além da Região Sudeste, a Região Sul passou a deter uma sobreproporção de médicos com relação a sua população. Paralelamente, pode-se observar, em 1980, sensíveis melhorias na relação “% da população/% de médicos” nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, particularmente na primeira. Todavia, permanecem desníveis na proporção entre a magnitude relativa dos médicos e da população, como o verificado no Rio de Janeiro que, detendo apenas 9,9% da população, absorve 23,3% do total de médicos do país.

Certamente, o principal fator que vem impedir uma distribuição mais equitativa dos médicos no território nacional é a grande concentração regional da renda nacional. Grande parte dos serviços de saúde no Brasil repousa no assalariamento, no trabalhador que contribui para a Previdência Social ou na po-

pulação que detém poder de compra para pagar o trabalho do médico ou remunerar os serviços de saúde. Desta forma, é natural que o mercado de trabalho médico venha a se concentrar nas regiões onde as condições descritas sejam predominantes. Por isso, 98,6% dos médicos residiam nas regiões urbanas brasileiras em 1980,¹¹ dado que estas caracterizam-se cada vez mais pelos laços de assalariamento e pela mercantilização e monetarização das relações de troca da economia.

Deve-se destacar, entretanto, que as grandes conturbações, por deterem maiores economias de escala e de aglomeração, tendem a concentrar serviços de saúde de maior parte e mais tecnificados, empregando uma maior quantidade de médicos. Paralelamente, as regiões rurais apresentam padrões epidemiológicos que exigem uma grande quantidade de especialistas, necessitando, em maior grau, de sanitaristas e de pessoal de nível técnico, auxiliar ou elementar. O aumento do grau de urbanização da população brasileira é fator que impulsiona a concentração de médicos nas regiões urbanas.¹²

Informações adicionais sobre a distribuição dos médicos segundo unidades da federação podem ser obtidas na tabela 3. Observa-se que os únicos estados que não tiveram incremento da participação relativa no conjunto dos médicos do país foram Maranhão, Rio Grande do Norte, Sergipe e São Paulo, os três primeiros, certamente, por não desencadearem, até então, um processo econômico-institucional interno capaz de atrair ou reter os médicos na região; o último, em virtude de já contar, desde finais da década de 60, com uma excessiva concentração destes profissionais. Destaca-se, ainda, o estado de Santa Catarina, que manteve sua participação inalterada entre 1970 e 1980.

No entanto, a relativização feita anteriormente a respeito da distribuição dos médicos no território nacional fica minimizada quando considerada a magnitude destes profissionais que residem nas regiões metropolitanas, com relação à população dessas regiões. As tabelas 4 e 5 fornecem elementos para uma discussão desta questão em sete das nove regiões metropolitanas do país.¹³

A primeira vista, pode-se observar que, com exceção de São Paulo e Recife, todas as regiões metropolitanas apresentaram uma desconcentração relativa de médicos com relação ao número destes profissionais nos seus respectivos estados de origem, em paralelo ao aumento da concentração populacional entre 1970 e 1980. Todavia, a tabela 5 indica a existência de grandes desníveis entre a concentração de médicos e a concentração da população nas regiões metropolitanas, particularmente no Nordeste. Nesse sentido, a Região Metropolitana de Recife, que concentrava, em 1980, 34,74% da população de Pernambuco, detinha 94,66% dos médicos deste estado, em 1980. Situação semelhante ocorria no Ceará, onde a Região Metropolitana de Fortaleza detinha 29,88% da população e 76,79% dos médicos do estado e na Bahia, dado que a Região Metropolitana de Salvador, nesse mesmo ano, absorvia 49,25% dos médicos e apenas 18,70%

¹¹ Conforme dados da pesquisa "Recursos humanos para a saúde no Brasil", desenvolvida pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

¹² Entre 1970 e 1980, o percentual de pessoas que residem em regiões urbanas elevou-se de 55,9% para 67,6%, ocorrendo, neste intervalo, uma redução absoluta da população rural, fato registrado pela primeira vez na história dos censos brasileiros.

¹³ Problemas ligados ao processamento dos dados brutos da pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil impediram a obtenção de dados confiáveis para as Regiões Metropolitanas de Porto Alegre e Belém. No entanto, providências vêm sendo tomadas para solucionar estes problemas.

Tabela 3

Distribuição percentual dos médicos no Brasil,
segundo as unidades da Federação
Brasil — 1970-80

Unidades da Federação	Anos de referência	
	1970(%)	1980(%)
Brasil (Abs.*)	45.113 (100%)	101.793 (100%)
Região Norte	0,7	2,6
Rondônia	—	0,2
Acre	—	—
Amazonas	0,1	0,8
Roraima	—	—
Pará	0,6	1,5
Amapá	—	0,1
Região Nordeste	17,6	19,2
Maranhão	1,1	0,9
Piauí	0,2	0,4
Ceará	2,0	3,2
Rio Grande do Norte	1,6	0,3
Paraíba	0,8	1,1
Pernambuco	4,0	4,7
Alagoas	0,9	1,0
Sergipe	0,9	0,6
Bahia	6,1	7,0
Região Sudeste	63,6	55,0
Minas Gerais	8,5	9,2
Espírito Santo	0,9	1,2
Rio de Janeiro	23,0	23,3
São Paulo	31,2	21,3
Região Sul	15,6	18,3
Paraná	4,3	5,7
Santa Catarina	1,6	1,6
Rio Grande do Sul	9,7	11,0
Região Centro-Oeste	2,5	4,9
Mato Grosso	1,3	1,6
Goiás	0,5	1,5
Distrito Federal	0,7	1,8

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e de 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Abs. = número absoluto.

Tabela 4
Distribuição dos médicos nas regiões metropolitanas do Brasil
1970-80

Regiões metropolitanas	Distribuição dos médicos, segundo anos de referência				
	1970		1980		Taxa geométrica de crescimento anual**
	Absoluto	% sobre o n.º de médicos do estado correspondente*	Absoluto	% sobre o n.º de médicos do estado correspondente*	
Rio de Janeiro	9.757	94,14	19.441	81,97	7,14
São Paulo	7.692	56,67	12.838	59,21	5,26
Belo Horizonte	2.316	60,52	4.242	45,30	6,24
Recife	1.517	84,32	4.529	94,66	11,56
Fortaleza	808	89,28	2.498	76,69	11,95
Salvador	1.872	67,58	3.509	49,25	6,48
Curitiba	1.531	79,24	2.174	37,47	3,57

Fontes: IBGE. Censo Demográfico de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

Obs.: Esta tabela mostra a concentração dos médicos nas regiões metropolitanas com relação ao número de médicos existentes no estado correspondente a cada uma destas regiões.

* Refere-se à divisão do número de médicos existentes em cada região metropolitana pelo número de médicos existentes no estado onde se situa cada região, em cada um dos anos considerados, multiplicada por 100.

** A taxa geométrica de crescimento anual (r) é dada pela fórmula:

$$r = \left(\sqrt[n]{\frac{P_i}{P_i - 1}} - 1 \right) \times 100, \text{ onde } P_i = \text{população final; } P_i - 1 = \text{população inicial}$$

e n = número de anos decorridos entre P_i e $P_i - 1$.

Tabela 5
Médicos residentes nas regiões metropolitanas/total de médicos do estado correspondente
e população residente nas regiões metropolitanas/população do estado correspondente
Brasil — 1970-80

Regiões metropolitanas	Relação médicos nas regiões metropolitanas/médicos no estado correspondente		Relação população nas regiões metropolitanas/população no estado correspondente	
	1970	1980	1970	1980
Rio de Janeiro	94,14	81,97	78,73	79,83
São Paulo	56,67	59,21	45,78	50,27
Belo Horizonte	60,52	45,30	13,98	18,98
Recife	84,32	94,66	34,74	38,20
Fortaleza	89,28	76,69	23,80	29,88
Salvador	67,58	49,25	15,33	18,70
Curitiba	79,24	37,47	11,85	18,90 ..

Fontes: IBGE. Censo Demográfico de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

da população do Estado. Em Minas Gerais e no Paraná, a concentração de médicos nas regiões metropolitanas também atingia, em 1980, níveis bastante elevados.

Os estados de São Paulo e Rio de Janeiro apresentam uma proporção equilibrada de médicos e população residente nas regiões metropolitanas. Portanto, embora aparentemente estas duas regiões apresentem a maior concentração metropolitana de médicos, este fato reflete a própria concentração da população metropolitana.

Pela tabela 6 observa-se que, entre 1970 e 1980, ocorreu um decréscimo de 18,21% na participação dos médicos residentes nas regiões metropolitanas sobre o total de médicos, paralelamente a um aumento de 13,13% na participação da população total. Todavia, permanece uma relativa desigualdade, dado que as sete regiões metropolitanas observadas, detendo 26,27% da população nacional, concentravam 48,36% dos médicos do país.

Tabela 6
Concentração dos médicos e da população em sete regiões metropolitanas*
Brasil — 1970-80

Descriminação	1970 (%)	1980 (%)	Incremento bruto (%)
1. Relação do número de médicos residentes nas sete regiões metropolitanas sobre o total de médicos do Brasil	59,13	48,36	—18,21
2. Relação da população residente nas sete regiões metropolitanas sobre o total da população brasileira	23,22	26,27	13,13

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Estão excluídas as regiões metropolitanas de Belém e Porto Alegre.

O aumento absoluto do número de médicos, em proporção superior ao aumento populacional, e as melhorias detectadas na distribuição relativa destes profissionais no espaço nacional foram resultantes do aumento do grau de urbanização, particularmente nas regiões mais atrasadas do país, e da elevação dos níveis de assalariamento e monetarização das relações de troca. Durante a década de 70 as camadas médicas urbanas tiveram uma ligeira expansão em quase todas as regiões, favorecendo melhores condições de fixação desses profissionais nas regiões de maior escassez relativa de cuidados médicos.

Como se pode observar pela tabela 7, as regiões que apresentaram maiores incrementos no número de médicos foram: Norte (701,84%); Centro-Oeste (330,45%) e Sul (164,09%). As duas primeiras, no entanto, ainda apresentam um baixo contingente destes profissionais com relação à magnitude de suas populações. Seguem-se o Nordeste e o Sudeste. Na primeira região, embora tenha havido crescimento do número de médicos, a carência deste tipo de profissional ainda é muito alta, principalmente em estados como Piauí e Maranhão, onde o

Tabela 7

Distribuição percentual dos médicos, segundo regiões fisiográficas
Brasil — 1970-80

Macrorregiões e estados	Anos de referência		Incremento bruto (%)**
	1970 (%)	1980 (%)	
Brasil	100,0	100,0	125,6
Região Norte	0,72	2,56	701,84
Região Nordeste	17,58	19,22	146,69
Região Sudeste*	63,63	52,02	95,51
Rio de Janeiro	23,02	23,27	128,09
São Paulo	31,21	21,33	53,49
Região Sul	15,60	18,26	164,09
Região Centro-Oeste	2,47	4,93	350,45

Fontes: IBGE. Tabulações especiais dos Censos Demográficos de 1970 e 1980, produzidas pela pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, da ENSP/Fiocruz.

* Colocou-se, no interior da região Sudeste, os estados do Rio de Janeiro e São Paulo, porque eles absorvem mais médicos no Brasil.

** Ver segunda nota da tabela 1.

número de habitantes por médicos era de 3.579 e 3.882, em 1980. Apesar dos esforços do Governo federal, do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais em aparelharem a rede pública de saúde dos estados nordestinos, o baixo poder aquisitivo da população tem impedido uma maior fixação de médicos na região. Como salientou Celso Furtado, em artigo publicado no Caderno Especial do *Jornal do Brasil* de 20.11.83, “se é verdade que o produto bruto do Nordeste quadruplicou entre 1960 e 1980, dois terços da população trabalhadora permanecem com uma renda igual ou inferior a um salário mínimo”. Portanto, na atual estrutura privatizante da atenção médica no Brasil, somente uma melhoria substancial da distribuição dos rendimentos da população poderia resolver o problema da fixação de médicos nas regiões mais carentes.

A região Sudeste apresentou a menor taxa de crescimento do número de médicos, certamente por já se encontrar relativamente saturada desses profissionais. No entanto, no interior da região pode-se detectar áreas de extrema carência de assistência médica, o que demonstra a necessidade de melhor redistribuição espacial não só do trabalho médico, mas também do próprio sistema de saúde. Deve-se destacar, ainda, que apesar do baixo crescimento do número de médicos, o Sudeste continua a ser o principal pólo formador, não só destes profissionais, mas também no conjunto de trabalhadores em saúde, “exportando-os” parcialmente para outras regiões do país.

Em suma, todas estas constatações ficam clarificadas na evolução das relações habitante/médico segundo as regiões, conforme pode ser visto na tabela 8.

Tabela 8
Relações habitante/médico, segundo as regiões fisiográficas
Brasil — 1970-80

Regiões fisiográficas	Anos de referência		Incremento bruto (%)
	1970 (hab./médico)	1980 (hab./médico)	
Brasil	2.069,11	1.170,01	— 43,45
Região Norte	11.123,32	2.261,37	— 79,67
Região Nordeste	3.552,17	1.781,85	— 49,84
Região Sudeste	1.391,43	924,04	— 33,59
Rio de Janeiro	868,06	476,94	— 45,15
São Paulo	1.265,00	1.158,70	— 8,40
Região Sul	2.349,26	1.024,18	— 56,40
Região Centro-Oeste	4.562,28	1.505,59	— 67,00

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

Apesar das sensíveis melhorias detectadas pela redução da relação habitante/médico, persistem carências destes profissionais, particularmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o que corresponde à existência de desequilíbrios regionais nos perfis de desenvolvimento e distribuição de renda, cabendo a estas regiões as menores fatias.

Fica claro que as desigualdades sócio-econômicas e regionais são os principais fatores impeditivos de uma adequada distribuição de profissionais de saúde, inclusive médicos, ao nível do território nacional. Tais desigualdades se expressam não somente na baixa taxa de investimento público e privado nas regiões mais carentes, mas também na má qualidade de vida de suas populações. Este estado de coisas não propicia, de uma forma ou de outra, a existência de condições totalmente adequadas para o exercício profissional da medicina.

3. Situação sócio-econômica e demográfica dos profissionais em medicina no Brasil

Entre agosto de 1980 e abril de 1981, a Prof.^a Cecília Donnangelo coordenou uma pesquisa na Região Metropolitana de São Paulo sobre a natureza e as condições em que se realiza o trabalho médico no Brasil, destacando, em particular, o perfil sócio-econômico do profissional.¹⁴ Com extrema riqueza analítica e gran-

¹⁴ Donnangelo, Cecília et alii. Condições do exercício profissional da medicina na área metropolitana de São Paulo, 1982. mimeogr.

de volume de informações, esta pesquisa detalhou quem são os profissionais médicos, características gerais do trabalho médico, o trabalho médico na ótica das relações de trabalho e o mercado de trabalho médico na região.¹⁵

Sem querer tecer considerações tão completas, o objetivo deste item é detalhar algumas características sócio-econômicas e demográficas dos médicos no Brasil e em algumas dessas regiões.

3.1 Distribuição dos médicos no Brasil por sexo e idade

Pode-se dizer, de antemão, que duas características básicas devem ser destacadas no que tange ao perfil dos profissionais em medicina no Brasil ao longo da década de 70:

- a) entre 1970 e 1980 ocorreu um rejuvenescimento da força de trabalho médica;
- b) nesse mesmo período intensificou-se, em larga escala, a participação feminina no total dos médicos.

O rejuvenescimento da força de trabalho médica foi a decorrência direta do aumento de vagas nas escolas de medicina e da ampliação dos horizontes desse mercado de trabalho, conforme já foi discutido em outras partes desse texto. O aumento da participação feminina no perfil profissional de medicina é fenômeno mais complexo de ser detectado em suas determinações; porém, certamente, está associado a modificações nos padrões sócio-culturais da sociedade brasileira, em particular das camadas médias urbanas. Deve-se destacar que o fenômeno da “feminilização” da força de trabalho é geral nas profissões universitárias, não ocorrendo apenas com os médicos.

Apresenta-se, a seguir, alguns dados relativos às alterações no perfil dos profissionais de medicina, no que tange a sexo e idade destes profissionais no Brasil, durante a década de 70.

Pela tabela 9 pode-se observar que, com exceção do Distrito Federal, o aumento da participação feminina no trabalho médico cresceu em todas as regiões do País, passando, ao nível do Brasil, de 11,6% para 20,6%, entre 1970 e 1980. Os dados indicam que a região Nordeste liderava, em 1980, este movimento de “feminilização” da força de trabalho médica, com uma participação de 27,5% de mulheres neste mercado de trabalho. A região Sul, por sua vez, apresentava, nesse mesmo ano, a menor participação feminina, ou seja, 14% do total da força de trabalho médica regional.

Logicamente, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho médico está altamente correlacionado ao rejuvenescimento da força de trabalho em medicina no Brasil, conforme pode ser visto pelas tabelas 10 e 11.

A tabela 10 demonstra claramente que as taxas de participação feminina na força de trabalho médica aumentaram mais rapidamente nas idades mais jovens (até 29 anos e 30-39 anos) do que nas idades mais avançadas (mais de 40 anos). Tal fato induz, portanto, à conclusão de que a feminilização da força de trabalho

¹⁵ A pesquisa utilizou-se de uma amostra aleatória simples de 900 médicos, que foram entrevistados, obtendo-se, ao final, 791 entrevistas completas.

Tabela 9

Distribuição percentual dos médicos no Brasil, por sexo, segundo regiões e unidades da federação — 1970-80

Regiões*	Anos de referência e sexo					
	1970			1980		
	Total	Masc. (%)	Fem. (%)	Total	Masc. (%)	Fem. (%)
Brasil	45.113	88,40	11,60	101.793	79,38	20,62
1. Rio de Janeiro	10.385	88,79	11,21	23.691	76,97	23,03
2. São Paulo	14.080	87,27	12,73	21.716	80,18	19,82
3. Região Sul	7.038	96,82	3,18	18.592	86,01	13,99
4. Minas Gerais e Espírito Santo	4.240	95,13	4,87	10.601	84,46	15,54
5. Região Nordeste	7.931	78,01	21,99	19.564	72,47	27,53
6. Distrito Federal	303	66,23	33,77	1.845	73,33	26,67
7. Regiões Norte e Centro-Oeste	1.136	100,00	—	5.784	80,88	19,12

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Classificação de regiões utilizada pelas Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílio (PNAD's) na década de 70.

Tabela 10

Taxa de participação feminina* entre os profissionais de medicina no Brasil, segundo grupos de idade — 1970-80

Grupos de idade	Taxa de participação feminina		Incremento bruto (%)
	1970 (%)	1980 (%)	
Total	11,6	20,6	77,6
Até 29 anos	23,7	37,2	57,0
30-39 anos	13,5	20,9	54,8
40 anos e mais	7,5	8,4	12,0

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* A taxa de participação feminina por idade é aqui definida pela razão entre a força de trabalho feminina na idade i e a força de trabalho total na mesma idade i .

Tabela 11

Estrutura etária da força de trabalho médica no Brasil, segundo o sexo
1970-80

Grupos de idade	Sexo e anos de referência					
	Total (%)		Masc. (%)		Fem. (%)	
	1970	1980	1970	1980	1970	1980
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Anos						
20-24	0,45	1,10	0,25	0,39	1,95	3,85
25-29	13,58	21,64	11,85	17,54	26,80	37,59
30-39	32,39	43,82	31,83	43,57	36,62	44,80
40-49	23,37	18,44	23,13	20,84	25,15	9,14
50-59	19,12	8,72	20,38	9,77	9,48	4,62
60 e mais	10,88	6,28	12,30	7,89	—	—

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Inclui as pessoas com idade ignorada.

médica está altamente correlacionada com o novo contingente desses profissionais formados durante a década de 70.

Situação análoga pode ser verificada na tabela 11. Embora o rejuvenescimento da força de trabalho médica seja um fenômeno mais geral, como já foi apontado anteriormente, as mulheres sofreram este fenômeno de forma mais intensa do que os homens arrolados nesta profissão. Assim, os médicos de menos de 30 anos, que em 1970 não chegavam a 12,5% da força de trabalho médica masculina, passam a quase 18% em 1980. *Enquanto isso, as mulheres desta profissão nesta faixa etária, que representavam menos de 29% da força de trabalho médica feminina em 1970, evoluem para mais de 40% do total das "médicas" em 1980.*

Portanto, o perfil da força de trabalho médica do sexo feminino é eminentemente jovem,¹⁶ tendo sido formada, em sua grande maioria, durante a década de 70. Cecília Donnangelo, em pesquisa já citada,¹⁷ chegou a conclusões bastante semelhantes para a Região Metropolitana de São Paulo, ou seja: 58,9% dos médicos entrevistados não atingiam 35 anos de idade (encontrou-se para o Brasil, em 1980, 66,6% dos médicos com menos de 40 anos) e 77,4% dos profissionais eram do sexo masculino (encontrou-se 79,4% ao nível de Brasil).

O rejuvenescimento do conjunto da força de trabalho em medicina também pode ser constatado pela tabela 11, dado que os médicos com menos de 30 anos

¹⁶ Não irá ser discutida a composição regional da força de trabalho médica por sexo e idade.

¹⁷ Donnangelo, Cecília et alii. op. cit.

passam de 14,03% para 22,74%, enquanto que os de mais de 60 anos reduzem sua participação de 10,88% para 6,28% entre 1970 e 1980, respectivamente.

5.2 Nível de rendimento e jornada de trabalho dos profissionais em medicina

Muito se tem falado a respeito da proletarização dos médicos e da redução dos rendimentos do trabalho em medicina. Embora à primeira vista tal fato pareça ser verdadeiro, ele deve ser observado com certas reservas. Os dados constantes da pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, na década de 70, podem ajudar a tecer, de antemão, as seguintes hipóteses:

1. A distribuição dos rendimentos dos médicos tornou-se mais bipolarizada na década de 70, na medida em que aumentou a magnitude relativa dos médicos com rendimentos iguais ou inferiores a cinco salários mínimos, conjuntamente com a expansão da magnitude relativa dos médicos com rendimentos superiores a 20 salários mínimos.

2. Portanto, se houve proletarização ou redução dos rendimentos médicos, este pode ter ocorrido a partir da *redução do padrão salarial do trabalho médico, mas não da redução da renda real dos médicos, medida em salários mínimos*.¹⁸ Como corolário, supõe-se que os médicos tenham aumentado o número de empregos exercidos ou as horas semanais trabalhadas (contratadas e efetivas), como forma de suplementação salarial ou reposição da renda perdida em função da “desvalorização de seu trabalho”.

3. Certamente, os médicos mais jovens respondem por níveis de renda menores, seja em função de trabalharem um menor número de horas semanais, seja em virtude de terem maiores dificuldades de inserção no mercado de trabalho. O mesmo ocorre com as mulheres que exercem tal profissão, dado que, além das mesmas dificuldades levantadas para os jovens (e dado serem um contingente preponderantemente jovem, como foi visto anteriormente) enfrentam todas as dificuldades inerentes ao trabalho feminino, ou seja: discriminação sexual no mercado de trabalho e dedicação parcial às atividades doméstico-familiares, que impedem o exercício de uma jornada de trabalho mais extensa.

Passar-se-á, conjuntamente com os dados apresentados, a discutir cada uma dessas hipóteses.

A tabela 12 indica que, entre 1970 e 1980, aumentou a participação dos médicos com renda de até cinco salários mínimos no total dos médicos, de 9,36 para 10,55%, reduzindo-se a participação relativa dos médicos com renda entre 5 e 20 salários mínimos e aumentando a participação relativa destes profissionais com renda superior a 20 salários mínimos. Se observados sob o ponto de vista de rendimento, os médicos apresentavam-se em 1980 como uma categoria bastante privilegiada, dado que quase 40% de seus contingentes ganhavam mais de 20 salários mínimos.

¹⁸ Embora o salário mínimo não seja uma boa medida para a avaliação da evolução da renda real, tornou-se impossível, para efeitos deste trabalho, a utilização de medidas mais confiáveis.

Tabela 12

Distribuição dos profissionais em medicina no Brasil, segundo classes de rendimento médio mensal — 1970-80

Classes de rendimento médio mensal (em salários mínimos)	Anos de referência		
	1970 (%)	1980 (%)	Incremento bruto da participação relativa (%)
Total*	100,00	100,00	—
Até 5	9,36	10,55	12,71
Mais de 5 a 10	23,13	19,98	— 13,62
Mais de 10 a 15	23,01	19,44	— 15,51
Mais de 15 a 20	21,96	13,83	— 37,02
Mais de 20 a 30	14,60	21,08	44,38
Mais de 30	7,93	15,11	90,54

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Exclui os médicos que não declararam seus rendimentos nos censos demográficos.

No entanto, alguns dados não constantes da tabela indicam alguns sinais de proletarização, como, por exemplo, o aumento da participação dos médicos com renda inferior a um salário mínimo, que evolui de 0,23 para 0,52% do total desses profissionais. Esse fato pode refletir as dificuldades de ingresso dos médicos recém-formados no mercado de trabalho e, portanto, a existência de desemprego ou subemprego conjuntural na categoria.

Vale destacar, porém, que os dados da tabela 12 indicam um maior distanciamento dos extremos da distribuição de renda dos médicos (aumento da magnitude relativa dos limites superior e inferior da distribuição), o que poderia indicar, em termos relativos, um aumento dos níveis de concentração de renda na categoria. *Todos estes argumentos favorecem a comprovação da hipótese 1, ou seja, houve uma polarização na distribuição dos rendimentos dos médicos.*

A tabela 13 indica, também, que paralelamente ao aumento dos médicos que trabalhavam 50 horas ou mais por semana, ocorreu um incremento daqueles que trabalhavam menos de 40 horas semanais, durante a década. Dessa forma, quase 50% dos médicos trabalhavam 50 ou mais horas por semana em 1980. A única redução na participação relativa entre 1970 e 1980 foi a da classe de 40 a 49 horas. Os dados indicam, portanto, a existência de uma bipolarização de jornada de trabalho, fato que pode ter influenciado a própria distribuição de rendimentos ao longo da década.

Tabela 13

Distribuição dos profissionais em medicina no Brasil, segundo horas semanais trabalhadas em todas as ocupações — 1970-80

Classes de horas semanais trabalhadas	Anos de referência		
	1970 (%)	1980 (%)	Incremento bruto da participação relativa (%)
Total*	100,00	100,00	—
Até 15	1,79	1,81	1,12
16 a 39	15,90	24,07	51,38
40 a 49	45,50	27,89	— 38,70
50 e mais	36,81	46,23	25,59

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Exclui os médicos sem declaração de horas trabalhadas.

Porém, como foi alterada a jornada de trabalho dos médicos com rendimentos inferiores a cinco salários mínimos e com mais de 20 salários mínimos?

As tabelas 14 e 15 fornecem algumas respostas. Observa-se que em 1980, dos médicos que ganhavam igual a, ou menos que, cinco salários mínimos, 43% trabalhavam até 39 horas semanais e apenas 28,36% tinham jornada superior a

Tabela 14

Distribuição dos profissionais em medicina no Brasil com renda igual ou inferior a cinco salários mínimos, segundo horas semanais trabalhadas em todas as ocupações — 1970-80

Classes de horas semanais trabalhadas	Anos de referência		
	1970 (%)	1980 (%)	Incremento bruto da participação relativa (%)
Total*	100,00	100,00	—
Até 15	2,46	3,22	30,89
16 a 39	39,31	43,00	9,39
40 a 49	41,62	25,42	— 38,92
50 e mais	16,61	28,36	70,74

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Exclui os médicos sem declaração de horas trabalhadas.

Tabela 15

Distribuição dos profissionais em medicina no Brasil com renda superior a 20 salários mínimos, segundo horas semanais trabalhadas em todas as ocupações — 1970-80

Classes de horas semanais trabalhadas	Anos de referência		
	1970 (%)	1980 (%)	Incremento bruto da participação relativa (%)
Total*	100,00	100,00	—
Até 15	2,03	1,34	— 33,99
16 a 39	10,19	12,89	26,50
40 a 49	34,12	23,90	— 29,25
50 e mais	52,66	61,77	17,30

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Exclui os médicos sem declaração de horas trabalhadas.

50 horas por semana. Em contrapartida, para os médicos que ganhavam mais de 20 salários mínimos, apenas 12,89% trabalhavam menos de 40 horas, enquanto 61,77% detinham jornada semanal superior a 50 horas.

Esses elementos são suficientes para demonstrar que ao aumento dos níveis de rendimento dos médicos, correspondeu um prolongamento da jornada de trabalho, conforme foi aventado na hipótese 2.

Resta comprovar a hipótese 3, ou seja, existe uma discrepância dos salários recebidos pelos jovens e pelas mulheres, na medida em que são mais baixos que os auferidos pelos médicos de idade mais avançada e do sexo masculino. Para comprová-la, dividiu-se os médicos em dois grupos de idade: até 39 anos e 40 anos e mais (tabela 16).

Observa-se, com clareza, que os médicos com mais de 40 anos de idade apresentam níveis de rendimentos bastante superiores aos de idade inferior, principalmente em 1980, dado que 61% desse contingente etário de médicos recebiam mais de 20 salários mínimos e apenas 2% recebiam até cinco salários mínimos. Paralelamente, nos profissionais em medicina com menos de 39 anos verifica-se um aumento de 12,38% para 14,05% daqueles inseridos na faixa de rendimentos de até cinco salários mínimos. Portanto, a estrutura etária apresenta-se como fator cada vez mais diferenciador do nível dos rendimentos da força de trabalho médica.

A tabela 17 indica a existência de uma grande discrepância no nível de rendimentos dos médicos segundo o sexo.¹⁹

¹⁹ Deve-se alertar para o fato de que a força de trabalho médico feminina apresenta uma composição etária mais jovem do que a masculina, o que influi, em certa medida, para rebaixar o seu nível de rendimento.

Tabela 16

Distribuição percentual dos médicos por grupos de idade, segundo classes de rendimento médio mensal — Brasil — 1970-80

Classes de rendimento médio mensal (em salários mínimos)	Grupos de idade		Anos de referência	
	1970		1980	
	Até 39 anos	40 anos e mais	Até 39 anos	40 anos e mais
Total*	100,00	100,00	100,00	100,00
Até 5	12,38	6,38	14,05	1,91
Mais de 5 a 10	30,55	16,44	25,73	8,20
Mais de 10 a 20	43,79	46,39	35,66	28,88
Mais de 20	13,28	30,79	24,56	61,01

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Exclui os médicos sem declaração de rendimento e os com renda inferior a um salário mínimo.

Tabela 17

Distribuição percentual dos médicos por sexo, segundo classes de rendimento médio mensal 1970-80

Classes de rendimento médio mensal (em salários mínimos)	Anos de referência			
	1970		1980	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Total*	100,00	100,00	100,00	100,00
Até 5	6,20	33,13	6,92	22,69
Mais de 5 a 10	21,34	38,18	14,39	42,75
Mais de 10 a 20	47,33	26,79	35,11	26,82
Mais de 20 a 30	16,20	1,90	25,46	4,20
Mais de 30	8,93	—	18,12	3,54

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Exclui os médicos sem declaração de rendimento e os com renda inferior a um salário mínimo.

Observa-se que, em 1980, 22,69% dos médicos do sexo feminino auferiam rendimentos inferiores a cinco salários mínimos, enquanto apenas 6,92% dos homens nessa categoria profissional detinham rendimentos nesse patamar. Paralelamente, 43,58% da parcela masculina dos médicos apresentavam renda superior a 20 salários mínimos, contra 7,74% das mulheres. Assim, verifica-se a permanência de grandes desníveis segundo o sexo na distribuição da renda entre os médicos.

Que fatores poderão ter condicionado os atuais níveis de remuneração da força de trabalho médica? Tal pergunta exige estudos mais pormenorizados para tecer considerações definitivas. No entanto, cabe esboçar algumas respostas que, em certo sentido, não se distanciam muito da realidade. Certamente, a questão da “proletarização” do trabalho médico (se existe validade na utilização deste termo) é fenômeno encontrado apenas nos grandes centros urbanos das regiões onde o desenvolvimento econômico é mais proeminente. O rejuvenescimento da força de trabalho médica ocorreu, na década de 70, mediante um processo de formação em massa desses profissionais. Para os novos contingentes que ingressaram no mercado de trabalho existiam grandes dificuldades ligadas à ocupação de postos de trabalho de mais alta renda, que permaneceram concentrados nas mãos de poucos médicos formados nos períodos anteriores, contribuindo para a bipolarização da distribuição de renda desses profissionais.

Em contrapartida, os crescentes níveis de assalariamento e mercantilização das relações de produção, verificados nas regiões de expansão recente do capitalismo brasileiro e nas cidades médias que proliferaram em larga escala durante o período, propiciaram fronteiras abertas à expansão do trabalho médico, contribuindo para a elevação dos níveis gerais de renda dos profissionais que se deslocaram para essas regiões.

Esse movimento dialético do trabalhador médico — estreitamento do campo profissional nas grandes regiões metropolitanas e ampliação do mercado de trabalho nas regiões de expansão recente do capitalismo — constitui um movimento inequívoco dos padrões de desenvolvimento do Brasil na década de 70.

3.3 Autonomia *versus* assalariamento: as mudanças nas relações de trabalho no exercício profissional da medicina.

A maioria dos sindicatos e associações profissionais da categoria médica tem denunciado o assalariamento como tendência inexorável. O velho sonho do médico liberal, senhor de seu próprio ritmo e de sua capacidade de comando no processo de trabalho corresponde, cada vez menos, à realidade do mercado de trabalho médico, calcado no assalariamento e na jornada pré-fixada, ao nível do contrato.

Em trabalho já citado, Donnangelo²⁰ afirma que “as formas de participação do médico no mercado de trabalho caracterizam-se pela multiplicidade. Essas formas de participação foram analisadas a partir de quatro categorias básicas: trabalho liberal, assalariamento, propriedade e trabalho autônomo (...)”. Na análise destas quatro formas de inserção profissional do médico, Donnangelo afirma que apenas 38,2% dos médicos da Grande São Paulo detêm uma forma

²⁰ Donnangelo, Cecília et alii. op. cit.

homogênea, podendo ter vários empregos dentro desta forma. Assim, cerca de 61% conciliam duas ou mais formas de participação.²¹ Nesse sentido, além do assalariamento, a tendência dominante, ao nível do mercado de trabalho metropolitano, passa a ser a polivalência de posições, conjuntamente com a desvalorização do trabalho médico, já apontada anteriormente. Assim, “(...) se o assalariamento não é o fato novo que surge no interior da categoria, o padrão de inserção do médico no mercado de trabalho hoje caracteriza-se por um alto grau de complexidade e multiplicidade de combinações das formas básicas de trabalho”.²²

Mas, dado que estas são características dominantes nas relações de trabalho em medicina das regiões metropolitanas, como se apresentam tais relações ao nível do mercado de trabalho médico no Brasil como um todo? A tabela 18

Tabela 18
Distribuição percentual dos médicos no Brasil, segundo a posição na principal ocupação exercida — 1970-80

Posição na principal ocupação exercida	Anos de referência	
	1970 (%)	1980 (%)
Total	100,00	100,00
Empregados	67,35	67,73
Autônomos	32,05	24,58
Outros*	0,22	8,07

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Inclui empregadores e pessoas que não declararam posição na ocupação.

vem comprovar, para o Brasil, as hipóteses levantadas por Donnangelo para a Região Metropolitana de São Paulo. Observa-se que a participação dos médicos cuja ocupação principal era “empregado” (assalariado) manteve-se constante entre 1970 e 1980. O fato novo foi a redução daqueles cuja ocupação principal consistia na autonomia (liberal ou prestador de serviços), que passaram de 32% para 25% da força de trabalho médico entre 1970 e 1980.

²¹ Para a pesquisa realizada por Donnangelo, a atividade liberal difere da autônoma. Enquanto a primeira pressupõe a posse de consultório por parte do médico, a segunda considera apenas o trabalho executado independentemente, sob a forma de prestação de serviços ou consultas, desde que não seja realizado em consultórios de posse ou propriedade do médico. Em nossa análise, o conceito de autônomo inclui o de trabalho liberal.

²² Idem.

Em contrapartida, aumentou o número de médicos incluídos na categoria “outros”, o que pode indicar: ou maior dificuldade dos médicos em se definirem como “empregados” ou “autônomos”; ou um incremento dos médicos indicados como “empregadores”; ou ambos os movimentos, simultaneamente. De qualquer forma, o crescimento da categoria “outros” indica a comprovação de outra hipótese levantada por Donnangelo, ou seja, o aumento da complexidade e da multiplicidade das formas de inserção dos médicos no mercado de trabalho. Vale destacar, adicionalmente, que, em 1980, 65% destes profissionais do sexo masculino eram assalariados, enquanto que 75% das mulheres detinham essa posição. Portanto, o assalariamento é efetivamente mais elevado entre os profissionais do sexo feminino.

A tabela 19 indica que os médicos que declaram a autonomia como principal posição na ocupação são aqueles que detêm os mais elevados níveis de renda. Enquanto apenas 15,3% dos médicos com renda de até 10 salários mínimos se definiram como autônomos, 43,4% dos profissionais desta categoria com renda superior a 30 salários mínimos assim se declararam em 1980.

Tabela 19

Taxa de participação dos autônomos no total dos médicos
no Brasil, segundo classes de rendimentos
1980

Classes de rendimento médio mensal (em salários mínimos)	Taxa de participação dos autônomos no total dos médicos*
Total	24,58
Até 10	15,28
Mais de 10 a 20	18,88
Mais de 20 a 30	34,02
Mais de 30	43,36

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos para a Saúde no Brasil.

* Corresponde à divisão dos médicos que são autônomos pelo total de médicos em cada faixa de renda.

À luz destas evidências, pode-se afirmar que:

- os níveis de assalariamento dos médicos, que já eram elevados no início da década de 70, permaneceram estáveis durante o período 1970-80;
- a autonomia, característica inerente do “profissional liberal”, vem-se reduzindo como ocupação principal dos médicos, dando lugar a formas de ocupação caracterizadas pela multiplicidade e diversidade dos postos de trabalho exercidos;
- o assalariamento médico é mais proeminente entre os profissionais do sexo feminino;

d) a autonomia aparenta ser mais elevada nos médicos de mais alta renda, induzindo a pensar que o exercício dessa forma de ocupação ainda permite a auferição de níveis de rendimento mais elevados para aqueles que nela conseguem estabelecer-se.

Naturalmente, a análise dessa dimensão do mercado de trabalho médico ao nível nacional encobre diversas especificidades regionais que poderiam melhor qualificar a relação autonomia *versus* assalariamento, nas distintas regiões do país. Os dados constantes da pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) fornecem elementos para aqueles que queiram debruçar-se nesse esforço de investigação. Porém tal tarefa seria por demais minuciosa e se afastaria dos objetivos deste trabalho, que se propõe a ser de caráter geral.

3.4 Privatização e institucionalização do trabalho médico

A questão da privatização da saúde, o crescimento da medicina capitalista no Brasil e o espaço que o Estado tem aberto para o setor privado em saúde têm sido temas debatidos desde meados da década de 70. Hoje em dia, é quase consenso, entre os profissionais, acadêmicos e curiosos do setor saúde que tais tendências efetivamente se verificaram. Mas qual o impacto que elas teriam tido na distribuição dos profissionais do setor saúde, particularmente dos médicos, entre os setores público e privado?

A tabela 20 procura responder a esta questão, especialmente para os médicos inseridos no setor "assistência médica".

Em termos gerais, pode-se dizer que *entre 1970 e 1980 ocorreu uma "institucionalização" do trabalho médico*, na medida em que aumenta o número desses

Tabela 20
Distribuição percentual dos médicos no Brasil, segundo
setores de atividade — 1970-80

Setores de atividade	Anos de referência		Incremento bruto das participações relativas (%)
	1970 (%)	1980 (%)	
Total	100,00	100,00	—
1. Assistência médico-hospitalar pública	23,51	25,21	7,23
2. Assistência médico-hospitalar particular	21,28	36,86	73,21
3. Outros setores*	55,21	37,93	— 31,30

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Os outros setores englobam: saneamento, abastecimento e melhoramentos urbanos, serviços odontológicos, previdência social, assistência e benefícios e setores não ligados direta ou indiretamente às atividades de saúde.

profissionais nos setores diretamente ligados às instituições de saúde. Assim, o setor “assistência médico-hospitalar”, que respondia por 44,8% do número de médicos empregados em 1970, passou a deter 62% destes em 1980.²³

O dado mais gritante da tabela 20 é a reversão que se dá entre os setores público e privado na absorção da força de trabalho médica. O setor “assistência médico-hospitalar pública”, que em 1970 absorvia 23,51% dos médicos, passa a deter 25,21% destes profissionais em 1980. Paralelamente, o setor “assistência médico-hospitalar privada”, que representava 21,28% dessa força de trabalho, passou a englobar 36,86% desses profissionais ao final do período considerado. Assim, em 1980, a assistência médico-hospitalar privada responde por uma parcela do emprego médico substancialmente maior do que a inserida na assistência médico-hospitalar pública, situação inversa à existente em 1970.

O aumento da absorção privada do emprego médico não permite, por outro lado, dizer que houve uma retração no emprego público destes profissionais. Como já foi visto, a declaração que subsidia o Censo Demográfico é o setor de atividade do emprego principal do informante. Nesse sentido, pode ser que os empregos principais dos médicos estejam cada vez mais localizados no setor privado, mesmo que estes continuem a deter um número substancial de empregos públicos.

A questão da “institucionalização” do trabalho médico carece de maiores comentários, dado que foi fenômeno generalizado para todos os profissionais de saúde. Para isso, foram considerados três grandes setores de atividade:

- a) *o setor diretamente ligado à saúde*, englobando a “assistência médico-hospitalar pública”; a “assistência médico-hospitalar particular” e os “serviços odontológicos”;
- b) *o setor indiretamente ligado à saúde*, englobando “saneamento, abastecimento e melhoramentos urbanos”; “previdência social” e “assistência e benefícios”;
- c) *os demais setores* — todos os outros setores de atividade.

A tabela 21 mostra a distribuição dos médicos empregados nestes três setores em 1970 e 1980. Observa-se que o único setor que aumentou sua participação na absorção do emprego médico foi o diretamente ligado à saúde, dado que os outros dois tiveram reduções na participação relativa. Isto mostra que este *processo de institucionalização do setor saúde* foi fundamental na absorção da força de trabalho médica, ao longo da década de 70, dado que 70,71% dos médicos trabalhavam em atividades diretamente ligadas à saúde em 1980.

O processo de “institucionalização da força de trabalho médico carece de maiores comentários, especialmente de caráter histórico. Quando predominava a medicina liberal, os médicos inseriam-se, em geral, no próprio setor saúde — atividade básica de seus consultórios — ou nas instituições hospitalares. O crescimento urbano e industrial, conjuntamente com a criação de sindicatos

²³ Chamou-se “institucionalização” do trabalho médico o processo pelo qual os médicos passam a trabalhar crescentemente nas instituições médicas. Isto ocorre através de um processo de concentração e centralização do setor saúde. Assim, por exemplo, as empresas que antes detinham um departamento médico, deixam de tê-lo em função de ser mais rentável estabelecer convênios com hospitais públicos ou privados. O mesmo ocorre com os sindicatos que forneciam, nas suas próprias instalações, serviços médicos aos seus filiados. Essa tendência acompanha, em certo sentido, o crescimento da medicina capitalista.

Tabela 21

Distribuição percentual dos médicos no Brasil, segundo setores de atividade 1970-80

Setores de atividade	Anos de referência		Incremento bruto das participações relativas (%)
	1970 (%)	1980 (%)	
Total	100,00	100,00	—
1. Setor diretamente ligado à saúde	44,79	70,71	57,87
2. Setor indiretamente ligado à saúde	32,62	19,28	— 40,90
3. Outros setores	22,59	10,01	— 55,69

Fontes: IBGE. Censos Demográficos de 1970 e 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

de trabalhadores, com o crescimento dos níveis de concentração industrial e o aumento do tamanho médio das plantas fabris, vieram a fazer com que fossem criados serviços médicos nas fábricas e nos sindicatos. Neste processo, o Estado contribuiu com um grande volume de legislação favorável a essas práticas, bem como com a criação dos serviços e instituições de saúde pública e saneamento. Posteriormente, o próprio Estado, particularmente no Brasil, passou a fornecer serviços de saúde em suas instituições de assistência médica e hospitalar.

A criação de condições de rentabilidade para o deslocamento e penetração de capitais no setor saúde, seja através do Estado, seja pelo próprio crescimento das camadas médias urbanas e dos níveis de monetarização das relações de troca, favoreceu o estabelecimento de empresas médicas que, em função de economias de escala e aglomeração, vieram a absorver grande parte dos consultórios particulares e dos serviços médicos das empresas e sindicatos, na medida em que passava a ser mais rentável para essas empresas pagar serviços externos do que manter internamente departamentos médicos que nem sempre estariam ocupados durante todos os turnos de funcionamento das mesmas. As camadas médias urbanas, por sua vez, em função do medo de terem que pagar caro por inesperados serviços médicos ou de hospitalização, criaram as condições adequadas para o surgimento do seguro-saúde e de empresas médicas prestadoras de serviços desta natureza.

Por outro lado, o Estado ampliava sua rede básica de funcionamento das instituições de assistência à saúde, ao englobar de forma crescente as tarefas de reparar e reproduzir as condições de sanidade e aptidão da força de trabalho; funções estas difíceis de serem assumidas, individualmente, pelas empresas.

Como se traduz todo esse movimento, em termos de mobilidade setorial da força de trabalho médica? Na fase da medicina liberal, os setores ligados à saúde absorviam a quase-totalidade da força de trabalho médica. Numa segunda fase, o crescimento urbano industrial favoreceu a dispersão da força de trabalho

médica em outros setores de atividade. Na terceira fase (a mais recente), a viabilização de uma medicina estatal, conjuntamente com uma medicina capitalista, *volta a concentrar e centralizar* o trabalho médico nas próprias instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas. Esse movimento de retorno é acompanhado pela minimização das formas de mercado calcadas na reprodução autônoma do trabalho médico.

Portanto, as duas tendências encontradas: privatização e institucionalização do setor saúde representam, geralmente, as características hegemônicas do trabalho médico no Brasil recente.

4. O emprego médico nos estabelecimentos de saúde no Brasil entre 1976 e 1980²⁴

A segunda metade da década de 70 marcou uma desaceleração nas taxas de crescimento da economia brasileira, acompanhada de um declínio nos ritmos de absorção de emprego. Para ser mais preciso, entre 1970 e 1980, a população economicamente ativa cresceu à taxa geométrica anual de 4,5%, contra os 4,1% encontrados para o período 1976-81.²⁵

De que forma esse crescimento diferenciado da força de trabalho entre as duas metades da década de 70 alterou o crescimento do mercado de trabalho em saúde? Qual a dinâmica específica desse mercado de trabalho, particularmente em seu segmento médico, no período 1976-81?

A tabela 22 mostra que os empregos em saúde, na segunda metade da década de 70, cresceram a taxas bem mais elevadas do que as da população economicamente ativa. Entre 1976 e 1980, os postos de trabalho nos estabelecimentos de saúde cresceram à taxa geométrica anual de 13,2%. Os empregos de nível superior evoluíram a 8,98% e os postos de trabalho médico aumentaram, em termos anuais, à taxa de 8,38%.

Os dados constantes das pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS)²⁶ indicam um crescimento do emprego médico inferior ao verificado para a totalidade do emprego em saúde, ao longo do período considerado. Dessa forma, os médicos que em 1976 detinham 30,21% do volume de emprego dos estabelecimentos de saúde²⁷ passaram a absorver 27,80% deste volume em 1980. To-

²⁴ A análise que segue tomou como base tabulações especiais dos dados constantes das pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1976 a 1980. Tais pesquisas são censos anuais de todos os estabelecimentos de saúde do país. Do ponto de vista da força de trabalho, não é possível obter pelas AMS dados sobre número de indivíduos, mas sim sobre "empregos" ou "postos de trabalho". Desta forma, ao mesmo tempo em que os profissionais autônomos estão excluídos da pesquisa, pode existir uma dupla (tripla, ou mais) contagem de indivíduos, dado que, muitas vezes, a um único indivíduo correspondem dois ou mais postos de trabalho. Outra limitação das AMS encontra-se no fato de não considerarem o emprego fora da instituição de saúde, como nos departamentos médicos das fábricas, sindicatos e agremiações recreativas, por exemplo.

²⁵ Medici, A. C.; Bezerra, Luiz A. & Oliveira, L. M. N. Características sócio-econômicas da força de trabalho no Brasil (1976-81). IBGE, 1983. mimeogr.

²⁶ Sobre as características gerais das AMS, ver nota de rodapé 24.

²⁷ O conceito de estabelecimento de saúde das AMS abrange apenas os postos de saúde, centros de saúde, policlínicas ou postos de assistência médica, pronto-socorro, unidade mista e hospitais. Portanto, refere-se apenas aos estabelecimentos que prestam serviços de saúde *stricto sensu*, não incluindo as atividades indiretas ligadas ao setor.

davia, os empregos médicos representam 74% dos postos de trabalho contidos nestes estabelecimentos (dados de 1980).

A análise da tabela 22 evidencia que nesse período existe tendência ao crescimento do pessoal de nível médio e elementar e das categorias profissionais de nível superior em patamares mais elevados do que o crescimento do trabalho médico.

Tabela 22

Empregos nos estabelecimentos de saúde no Brasil para algumas categorias profissionais

Anos de referência e taxas de crescimento	Empregos por categoria profissional		
	Profissionais em saúde	Profissionais de nível superior	Médicos
1976	349.386	139.910	105.884
1977	383.541	152.197	116.460
1978	500.631	172.637	127.305
1979	525.521	178.198	132.882
1980	573.629	197.352	146.091
△ 1977/1976*	9,78%	8,78%	9,99%
△ 1978/1977*	30,53%	13,43%	9,31%
△ 1979/1978*	4,97%	3,22%	4,38%
△ 1980/1979*	9,13%	10,75%	9,94%
△ 1980/1976**	13,20%	8,98%	8,38%

Fontes: IBGE. AMS 1976/80; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Ver segunda nota da tabela 1.

** Taxa geométrica de crescimento anual.

Da totalidade dos empregos em saúde, a maioria é exercida em tempo integral. Entre 1976 e 1980 os empregos de regime integral evoluíram de 62,85% para 68,47% do total de postos de trabalho em saúde. Porém tendência inversa ocorre com os empregos de nível superior, particularmente com o emprego médico. Ao longo desse período, os postos de trabalho médico em regime de tempo integral reduziram-se de 24,94% para 21,85% do emprego desses profissionais. Essa tendência está ligada à própria desvalorização do trabalho médico, já apontada anteriormente, dado que, à medida que caem os níveis de remuneração média do seu trabalho, os médicos passam a procurar um certo número de empregos adicionais, como forma de recuperar a renda perdida. Esses empregos, porém, são criados pelo próprio aumento da demanda por serviços dessa natureza.

Tabela 23

Distribuição percentual de empregos nos estabelecimentos de saúde no Brasil para algumas categorias profissionais, segundo o regime de trabalho — 1976-80

Anos de referência e regime de trabalho	Categorias profissionais		
	Profissionais em saúde	Profissionais de nível superior	Médicos
1976	100,00	100,00	100,00
Integral	62,85	30,96	24,94
Parcial	37,15	69,04	75,06
1980	100,00	100,00	100,00
Integral	68,47	29,57	21,85
Parcial	31,53	70,43	78,15

Fontes: IBGE. AMS 1976/80; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

Essas duas tendências combinadas — o elevado crescimento do emprego médico e o aumento dos postos de trabalho em regime parcial — levam à conclusão já tirada por Donnangelo, ou seja, *o aumento do número médio de empregos exercidos para cada médico existente*. Tentar-se-á verificar, no subitem que se segue, a inserção institucional do emprego médico segundo a natureza do estabelecimento empregador.

4.1 Inserção institucional do emprego médico

Conforme foi visto anteriormente, considerou-se como inserção institucional ou “institucionalização” do emprego médico o movimento no qual os médicos passam a trabalhar, cada vez mais, em estabelecimentos e instituições específicos do setor saúde.²⁸

Em função da natureza dos dados, utilizou-se uma classificação peculiar das instituições prestadoras de serviços de saúde. As particulares foram subdivididas em “com fins lucrativos”, “benéficas” e “filantrópicas”, e as públicas foram agrupadas em “federais”, “estaduais” e “municipais”. A rigor, tal classificação privilegia o aspecto jurídico, dado que as práticas dos grandes estabelecimentos particulares de saúde não se diferenciam significativamente pelo fato de eles terem declaradamente fins lucrativos ou serem benéficas ou filantrópicas. As diferenças porventura existentes restringem-se mais aos aspectos administrativos

²⁸ Ver nota de rodapé 23.

e fiscais do estabelecimento, mas não necessariamente à organização do processo de trabalho e das relações de trabalho nas quais o médico se insere.²⁹

A tabela 24 mostra a evolução do emprego médico nesses seis tipos de estabelecimentos de serviços de saúde. Observa-se que, entre 1976 e 1980, os únicos estabelecimentos que apresentaram aumento significativo na participação relativa do total do emprego médico foram os particulares com fins lucrativos, fato que acompanhou a privatização do setor saúde em processo na segunda metade da década de 70. Todas as demais formas de estabelecimento, com exceção dos públicos municipais, apresentaram reduções na participação relativa dos postos de trabalho ocupados por médicos.

Tabela 24

Distribuição do emprego médico nos estabelecimentos de saúde no Brasil, segundo a natureza do estabelecimento — 1976-80

Natureza do estabelecimento	Anos de referência				
	1976	1977	1978	1979	1980
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1. Particular com fins lucrativos	25,93	27,74	28,32	29,34	28,17
2. Particular beneficente	7,49	7,17	6,82	7,27	6,71
3. Particular filantrópico	19,35	18,55	18,85	18,64	18,99
4. Público federal	22,66	21,72	21,25	20,98	21,38
5. Público estadual	17,18	17,36	16,45	15,38	16,89
6 Público municipal	7,39	7,46	8,29	8,39	8,21

Fontes: IBGE. AMS 1976/80; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

Deve-se destacar, no entanto, que todos os esforços da política de recursos humanos em saúde, despendidos pelos órgãos públicos, destinaram-se a aumentar a rede de atendimento básico, a partir do emprego de pessoal de nível médio e elementar em proporções superiores ao emprego de pessoal de nível superior. Isto pode ter contribuído para gerar um estímulo mais baixo ao crescimento do emprego médico nas instituições públicas prestadoras de serviços de saúde.

Os seis tipos de estabelecimento indicados apresentam características distintas quanto ao seu tamanho e quanto à composição interna do emprego. A fim de subsidiar uma análise sobre esse ponto, serão utilizados dois indicadores grosseiros:

²⁹ Isto não é válido para os pequenos estabelecimentos, onde as diferenças no estatuto jurídico podem refletir diversidades de caráter específico, no processo de trabalho.

A) A relação empregos de nível médio e elementar/emprego médico. Esta relação pode fornecer uma *proxy* de alguns indicadores do processo de trabalho. Assim, se este processo é centralizado no trabalho do médico, seja por questões de “racionalidade” administrativa, seja pela natureza dos serviços prestados pelo estabelecimento, esta relação será relativamente baixa. Por outro lado, se o processo de trabalho for calcado na atenção primária, de cobertura ou extensão, ou em serviços prestados em grandes estabelecimentos hospitalares, com uma divisão técnica do trabalho definida, é possível que essa relação seja relativamente alta.

B) A relação emprego médico/número de estabelecimentos, que, embora tenda a estar influenciada pela relação A, indica, grosseiramente, a magnitude do estabelecimento.

A tabela 25 indica que a relação “empregos de nível médio e elementar/emprego médico” (relação A) aumenta para todos os tipos de estabelecimento entre 1976 e 1980, o que pode indicar uma opção descentralizadora, baseada numa maior delegação de atividades a profissionais de nível médio e elementar. Pode representar também um novo tipo de organização do serviço baseada numa divisão técnica do trabalho que necessite de um maior volume de profissionais desta natureza. Os estabelecimentos particulares beneficentes e filantrópicos, bem como

Tabela 25

Indicadores de tamanho e composição interna do emprego do estabelecimento, segundo a natureza do estabelecimento
Brasil — 1976-80

Natureza do estabelecimento*	Anos de referência			
	1976		1980	
	Relação A	Relação B	Relação A	Relação B
Total	1,98	8,05	2,58	7,90
1. Particular com fins lucrativos	1,88	11,04	2,23	9,41
2. Particular beneficente	2,28	5,90	2,88	4,98
3. Particular filantrópico	2,37	9,97	3,25	12,95
4. Público federal	1,59	19,98	2,05	19,83
5. Público estadual	2,25	4,63	3,20	4,28
6. Público municipal	1,53	4,75	2,05	4,44

Fontes: IBGE. AMS 1976/80; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Esta classificação dos estabelecimentos de saúde, segundo sua natureza, corresponde à utilizada pela Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE.

os públicos estaduais, são os que apresentam as mais elevadas magnitudes da relação A. Provavelmente, tal fato está ligado à natureza desses estabelecimentos, que, em geral, apresentam-se como sendo de maior porte, especialmente nas instituições filantrópicas, com seus grandes hospitais. Nos estabelecimentos públicos estaduais prevalece, em grande medida, o trabalho calcado na atenção primária que, geralmente, demanda muitos profissionais de nível médio elementar.³⁰

Importante notar que a tendência apresentada para os estabelecimentos públicos estaduais não é a que se verifica para os públicos municipais.

Os estabelecimentos particulares com fins lucrativos e os públicos federais apresentam, em média, 2,23 e 2,05 profissionais de nível médio e elementar por médico. Geralmente, eles se apresentam como estabelecimentos de maior porte (incluindo hospitais) e o processo de trabalho exige maior volume do emprego médico.

A tabela 25 também indica uma tênue redução na relação “médico por estabelecimento”, ao nível geral, embora haja uma estabilidade desta nos estabelecimentos públicos federais e uma elevação nos particulares filantrópicos. Tal relação apresenta-se mais elevada nos estabelecimentos públicos federais, indicando que estes apresentam-se, em média, como sendo de maior escala. Seguem-se os particulares filantrópicos e os com fins lucrativos, que também apresentam relações elevadas. Pelo critério adotado, a menor dimensão dos estabelecimentos é encontrada nos de natureza “particular beneficente”, “público estadual” e “público municipal”.

No entanto, diferenças significativas nessas relações podem ser encontradas nos estabelecimentos que mantêm convênios com a previdência social, com relação àqueles que não detêm quaisquer tipos de convênio.

A tabela 26 mostra que os estabelecimentos conveniados detêm maior número de empregos de nível médio e elementar, por médico empregado, do que os estabelecimentos que não têm convênios com a previdência social. Isto mostra que, em geral, os estabelecimentos conveniados detêm uma lógica de processo de trabalho mais descentralizada em cima do trabalho médico. Pode indicar, também, que a divisão técnica do trabalho nesses estabelecimentos exige maior número de profissionais de nível médio e elementar em atividades definidas.

Analogamente, as instituições conveniadas apresentam um maior número de médicos por estabelecimento, indicando que a escala dos serviços por eles prestados é superior à relativa aos estabelecimentos não-conveniados. A exceção consubstancia-se nos estabelecimentos públicos federais onde ocorre o inverso, dado que um grande número destes é da rede do próprio Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), e, por definição, não-conveniados.³¹

A tabela 27 indica que os estabelecimentos que contêm unidades de internação apresentam não só maior complexidade técnica dos serviços, refletida na maior

³⁰ Deve-se destacar que as redes estaduais apresentam um grande número de estabelecimentos pequenos, como ambulatórios, postos de assistência médica e postos de saúde, onde, dependendo do processo de trabalho, podem empregar maior quantidade de pessoal de nível médio e elementar.

³¹ Neste caso, pode ocorrer o inverso, ou seja, os estabelecimentos conveniados podem ser de menor porte que os não-conveniados, dado que estes, em geral, não são da rede do Inamps, e sim do Ministério da Saúde, por exemplo.

absorção de empregos de nível médio e elementar por médico, como também um tamanho médio superior ao dos que não detêm unidades de internação, o que pode ser expresso na maior relação médico/estabelecimento.

Tabela 26

Indicadores de tamanho e composição interna do emprego do estabelecimento, por situação de manutenção de convênios com a Previdência Social, segundo a natureza do estabelecimento Brasil — 1980

Natureza do estabelecimento	Situação de manutenção de convênios com a Previdência			
	Convênios		Não-convênios	
	Relação A	Relação B	Relação A	Relação B
Total	2,99	10,05	1,97	5,51
1. Particular*	4,08	10,96	1,58	6,13
2. Público federal	3,05	12,29	1,69	25,57
3. Público estadual	3,35	7,20	3,03	2,94
4. Público municipal	1,97	8,09	2,12	3,22

Fontes: IBGE. AMS 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Corresponde à soma dos estabelecimentos particulares com fins lucrativos, beneficentes e filantrópicos.

Tabela 27

Indicadores de tamanho e composição interna do emprego do estabelecimento por regime de internação, segundo a natureza do estabelecimento Brasil — 1980

Natureza do estabelecimento	Regime de internação			
	Com internação		Sem internação	
	Relação A	Relação B	Relação A	Relação B
Total	2,90	15,55	1,66	4,13
1. Particular	3,11	12,85	0,88	4,34
2. Público federal	2,65	47,86	1,63	14,06
3. Público estadual	3,63	22,53	2,67	2,16
4. Público municipal	2,27	16,54	1,85	2,65

Fontes: IBGE. AMS 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

Os estabelecimentos públicos federais com internação são os que apresentam o maior número médio de médicos, seguindo-se os públicos estaduais. Portanto, as instituições governamentais prestadoras de serviços de saúde detêm maior porte do que as instituições privadas com internação.

Em linhas gerais, pode-se enunciar as seguintes tendências recentes no que tange à inserção institucional dos profissionais em medicina:

- a) tendência ao aumento da participação relativa do emprego médico nas instituições particulares com fins lucrativos;
- b) tendência ao aumento de empregos de nível médio e elementar por médico empregado nos estabelecimentos de saúde;
- c) tendência à redução do número de empregos médicos por estabelecimento de saúde.

Com relação à estrutura institucional do emprego médico, destacam-se as seguintes evidências:

- a) os estabelecimentos conveniados com a Previdência Social caracterizam-se por apresentar não só maior número de profissionais de nível médio e elementar por médico, como também maior número de médicos por estabelecimento;
- b) os estabelecimentos com regime de internação também comportam-se da mesma forma, ou seja, detêm maior número de empregos de nível médio e elementar por médico e maiores relações médico/estabelecimento;
- c) cada estabelecimento público com regime de internação absorve maior número de médicos do que cada estabelecimento particular neste mesmo regime, donde se deduz que, em geral, os primeiros detêm maior escala de serviços que os últimos.

4.2 Privatização do emprego médico

Entre 1976 e 1980, o emprego médico nos estabelecimentos privados de saúde aumentou sua participação relativa de 52,77 para 53,87% do total de postos de trabalho em medicina.

Quais as principais características atreladas a esse movimento contínuo de privatização do emprego médico?

A tabela 28 indica que a maior parcela dos postos de trabalho médico situam-se em estabelecimentos com internação (cerca de 65%). Embora possa ser detectada uma ligeira tendência à ambulatorização do trabalho médico,³² o período 1978-80 é por demais pequeno para permitir a afirmação de que tal tendência venha a prevalecer no longo prazo. Os atuais programas governamentais na área de saúde, tais como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (Pias), têm envidado esforços no sentido de aumentar a rede ambulatorial, mormente nas regiões mais carentes de serviços de saúde no país. No entanto, como grande parte do esforço do Pias está calcado em pessoal de nível médio e ele-

³² Define-se como "ambulatorização" do trabalho médico o aumento da participação do emprego destes profissionais em estabelecimentos "sem internação".

mentar, não se sabe qual o impacto que o referido programa trará na ambulatorização do trabalho médico. Por outro lado, a operacionalização do Pias tem ocorrido em etapas bem recentes, o que faz com que os dados contidos no presente trabalho não sejam suficientes para demonstrar o verdadeiro impacto desse programa nos serviços de saúde em geral, e no trabalho médico em particular. O crescimento da rede de Postos de Assistência Médica do Inamps, a partir da segunda metade da década de 70, pode, porém, ter contribuído para o aumento da "ambulatorização" do trabalho médico.

Tabela 28

Evolução da participação relativa do emprego médico nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, segundo o regime de internação*
Brasil — 1978-80

Natureza do estabelecimento	Anos de referência e regime de internação					
	1978			1980		
	Total	Com inter- nação	Sem inter- nação	Total	Com inter- nação	Sem inter- nação
Total	100,00	65,60	34,40	100,00	64,97	35,03
Público	100,00	47,20	52,80	100,00	47,36	52,64
Particular	100,00	81,27	18,73	100,00	80,27	19,73

Fontes: IBGE. AMS 1978/80; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Refere-se aos estabelecimentos que detêm estrutura para internar pacientes ou aos estabelecimentos que não detêm esta estrutura.

Entre 1976 e 1980, um dos fenômenos mais observados no setor saúde foi o aumento explosivo do número de convênios dos estabelecimentos de saúde com a Previdência Social. Ao longo desse período, as instituições conveniadas passaram de 31,55% para 46,73% do total dos estabelecimentos de saúde. Nesse intervalo de tempo os empregos médicos em instituições conveniadas com a Previdência Social passaram de 52% para quase 60% dos postos de trabalho em medicina nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde.

Ao que parece, portanto, existe uma forte tendência ao crescimento dos convênios com a Previdência Social e, conseqüentemente, ao incremento do emprego médico regido à base de convênios dessa natureza.

O crescimento dos convênios parece estar determinado por uma miríade de fatores, dentre os quais cabe citar o aumento da demanda de serviços de saúde no âmbito da Previdência Social. Nesse particular, os estabelecimentos privados foram os primeiros a firmar convênios desta natureza. Assim, em 1976, cerca de 76% do emprego médico estava localizado nos estabelecimentos de saúde

particulares conveniados com a Previdência Social. Porém, ao que parece o crescimento da medicina privada conveniada com a Previdência Social não foi determinante do crescimento do número de estabelecimentos com convênios, dado que entre 1976 e 1980 a participação do emprego médico em instituições particulares conveniadas com a previdência sobre o total de instituições particulares aumenta em apenas um ponto percentual (76% para 77%, respectivamente).

Portanto, o que se verifica na segunda metade da década de 70 como fenômeno relevante é o aumento do emprego médico em instituições públicas conveniadas. Com efeito, este evolui de 25% para cerca de 40% do total do emprego médico nos estabelecimentos públicos. Certamente, fatores como a redução das verbas das instituições públicas prestadoras de serviços de saúde, mormente as estaduais, municipais e as ligadas à rede do Ministério da Saúde fizeram com que estas passassem a utilizar os convênios com a Previdência Social como fonte adicional de receita. Este fenômeno torna-se cada vez mais presente, à medida que se acirra a crise econômica pós-79.

Tabela 29

Evolução da participação relativa do emprego médico nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, segundo os convênios por eles mantidos
Brasil — 1976-80

Natureza do estabelecimento	Anos de referência					
	1976			1980		
	Total	Conveniados	Não-conveniados	Total	Conveniados	Não-conveniados
Evolução da participação dos estabelecimentos	100,00	31,55	68,45	100,00	46,73	53,27
Evolução do emprego médico	100,00	51,94	46,08	100,00	59,47	40,53
Estabel. público	100,00	25,20	74,80	100,00	39,58	60,42
Estabel. privado	100,00	75,86	24,14	100,00	76,73	23,27

Fontes: IBGE. AMS 1976/80; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

4.3 Emprego médico e especialização dos estabelecimentos de saúde

Até meados da década de 70, a questão da especialização dos serviços figurava intensamente nas pautas de discussões públicas e privadas sobre a organização do sistema nacional de saúde. Fatores internacionais, como a descoberta e apli-

cação de tecnologias específicas destinadas ao tratamento de determinados grupos de fatores clínico-patológicos pressionavam a organização do sistema de saúde, em geral, e a reestruturação curricular dos cursos de medicina, em particular, a buscar maior especialização. Paralelamente, o contraste dessas pressões com a dura realidade do perfil epidemiológico brasileiro legitimou a existência de correntes, tanto no Governo como nos meios profissionais, que defendiam medidas de saúde pública, a utilização de médicos generalistas e da medicina preventiva, como forma legítima de organização dos sistemas de saúde e da formação profissional do médico.

O confronto dessas duas posições levou, em certa medida, a uma situação dual, no que diz respeito à organização do sistema de saúde. Até 1976 ficaram, de certa forma, consolidados os interesses setoriais do empresariado privado ligado à produção de bens e serviços no campo da saúde, destacando-se aqueles que vendiam serviços médico-hospitalares à Previdência Social, instituição que passou a ser hegemônica na determinação das políticas nacionais de saúde a partir de uma orientação assistencialista, privatizante e tecnificadora. Nesse ínterim, a especialização dos serviços de saúde e do trabalho médico foi grandemente incentivada.

A partir de 1976, as pressões orçamentárias da Previdência Social começaram a se acirrar. O modelo assistencialista passava paulatinamente a se deteriorar, em virtude de seu elevado custo e de sua ineficácia relativa na melhoria do estado geral de saúde da população. Começaram, então, a vingar novas propostas, mormente voltadas à atenção primária, à medicina simplificada e à clínica geral, conjuntamente com medidas racionalizadoras no âmbito da própria Previdência Social — Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), por exemplo. Interessante destacar que esse período foi, e continua a ser, marcado por grandes conflitos com os interesses do empresariado privado que buscava novas formas de manter suas prerrogativas no sistema de saúde brasileiro.

Os dados sobre a década de 70, disponíveis na pesquisa de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, da ENSP/Fiocruz, podem ilustrar o movimento de especialização dos serviços de saúde e do trabalho médico entre 1976 e 1980. Ao longo desse período, os estabelecimentos particulares passaram de 48,49% para 45,67% do total, o que reflete, em certa medida, o movimento de ambulatorização dos estabelecimentos públicos de saúde, no pós-76. No entanto, o emprego médico nos estabelecimentos privados evolui de 52,77% para 53,53%, indicando um aumento do emprego médico nesses estabelecimentos. Paralelamente, os estabelecimentos especializados passam de 13,55% para 13,77%, indicando uma ligeira tendência ao aumento das atividades especializadas no campo da saúde.

Todavia, observando-se a tabela 30, verifica-se que as instituições públicas tiveram uma redução na participação relativa de estabelecimentos especializados, predominando o crescimento dos estabelecimentos especializados gerais ao longo do período. Em contrapartida, os estabelecimentos especializados aumentam sua magnitude relativa no âmbito geral das instituições privadas prestadoras de serviços de saúde.

A especialização da atenção médica e a compartimentação das práticas de saúde é tendência nitidamente correlacionável com o fenômeno da privatização dos serviços de saúde. Vale ressaltar que em 1980 apenas 6,2% dos estabelecimentos públicos eram especializados, enquanto que nas instituições particulares esse percentual se elevava para 22,7%.

Tabela 30

Distribuição percentual dos estabelecimentos de saúde, segundo a natureza e a especialização*
Brasil — 1976-80

Natureza do estabelecimento	Anos de referência e especialização do estabelecimento					
	1976 (%)			1980 (%)		
	Total	Geral	Especializado	Total	Geral	Especializado
Total	100,00	86,45	13,55	100,00	86,23	13,77
Público	100,00	91,34	8,66	100,00	93,76	6,24
Particular	100,00	77,78	22,22	100,00	77,27	22,73

Fontes: IBGE. AMS 1976/80; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* O critério de especialização do estabelecimento é definido pela pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE. Estabelecimento geral é aquele capacitado a prestar assistência de saúde, com ou sem internação, nas quatro especialidades básicas (clínica médica, cirurgia, obstetria e pediatria). Estabelecimento especializado é aquele capacitado a prestar assistência de saúde em apenas uma especialidade, com ou sem internação.

Tabela 31

Distribuição do emprego médico, segundo a natureza e especialização do estabelecimento*
Brasil — 1976-80

Natureza do estabelecimento	Anos de referência e especialização do estabelecimento					
	1976			1980		
	Total	Geral	Especializado	Total	Geral	Especializado
Total	100,00	86,71	13,29	100,00	86,29	13,71
Público	100,00	88,19	11,81	100,00	88,50	11,50
Particular	100,00	85,38	14,62	100,00	84,37	15,63

Fontes: IBGE. AMS 1976/80; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

* Ver nota de rodapé da tabela 30.

Tendência similar ocorre com o emprego médico nas instituições especializadas (de 13,3% para 13,7%). Pode-se afirmar que tal aumento ocorreu em função do comportamento peculiar das instituições privadas, onde os postos de trabalho médico em estabelecimentos especializados cresceram de 14,6% para 15,6% do total do emprego médico privado, entre 1976 e 1980.

A tabela 32 mostra a distribuição dos estabelecimentos e do emprego médico, segundo a especialidade dos estabelecimentos. Observa-se que os estabelecimentos de psiquiatria, pediatria e obstetrícia são responsáveis não só pela maior parcela das instituições como também do emprego médico dos estabelecimentos especializados.

Em termos de tendência, pode-se dizer que os estabelecimentos que tiveram incremento relativo na absorção do emprego médico estão ligados às seguintes

Tabela 32
Distribuição dos empregos médicos nos estabelecimentos especializados,
segundo a especialidade do estabelecimento
Brasil 1976-80

Especialidade do estabelecimento	Anos de referência, estabelecimentos e empregos médicos			
	1976		1980	
	Estabelecimento (%)	Empregos (%)	Estabelecimento (%)	Empregos (%)
Total	100=1.779	100=14.049	100=2.546	100=20.030
1. Cancerologia	2,30	4,74	2,12	5,11
2. Cardiologia	2,25	5,08	3,06	5,79
3. Neurologia	1,07	0,90	1,85	1,66
4. Obstetrícia	8,60	11,92	7,54	13,63
5. Psiquiatria	20,07	23,10	16,61	21,49
6. Traumato-ortopedia	4,89	4,86	6,40	5,77
7. Emergência	3,37	10,35	2,52	6,82
8. Dermatologia sanitária	2,59	1,49	2,12	1,69
9. Tisiologia	7,64	7,10	4,16	4,12
10. Gerontologia	1,41	0,51	1,73	0,74
11. Pediatria	18,16	17,83	14,77	18,25
12. Odontologia	5,45	0,13	8,05	0,18
13. Outras	22,20	11,99	29,07	14,74

Fontes: IBGE. AMS 1976/80; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

especialidades: cancerologia, cardiologia, neurologia, obstetrícia, traumatologia, dermatologia sanitária, gerontologia e pediatria.

O aumento dos postos de trabalho nos estabelecimentos de cancerologia e cardiologia certamente está em conformidade com o perfil de morbidade das regiões urbanas, dado que neoplasmas e doenças cardiovasculares cada vez são mais importantes como *causa mortis* nas regiões urbanas brasileiras.³³

O crescimento do emprego médico nas especialidades de obstetrícia e pediatria está altamente correlacionado ao comportamento reprodutivo da população brasileira na década de 60 e no início da década de 70, bem como ao aumento das taxas de urbanização e das camadas médias urbanas, dado que a maioria desses serviços tem sido oferecida preponderantemente pela iniciativa privada, demandando contrapartida monetária pela sua prestação. No entanto, os atuais programas de atenção à saúde da mulher e da criança, propostos pelo Ministério da Saúde, se implementados, podem fazer com que, a partir da década de 80, o setor público passe a ser o maior responsável pelo crescimento dessas especialidades. Deve-se destacar que elas respondiam, em 1980, por mais de 30% do emprego médico nos estabelecimentos especializados.

Considerando as especialidades “traumatologia-ortopedia” e “emergência” em conjunto, dado terem cobertura de atendimento similar, verifica-se um decréscimo relativo do emprego nesses estabelecimentos. Todavia, observa-se também um crescimento relativo do emprego em “traumatologia-ortopedia”, em paralelo ao decréscimo relativo de postos de trabalho em “emergência”. Isto poderia indicar maior definição do campo profissional do médico em “traumatologia-ortopedia”, pois “emergência” não constitui, a rigor, uma especialidade ao nível da formação profissional do médico.

Por fim, vale dizer que a “psiquiatria” detém a maior participação relativa na absorção do emprego médico no conjunto das especialidades (21,49% em 1980), apesar de apresentar decréscimo relativo de participação tanto no número de estabelecimentos, quanto no de postos de trabalho entre 1976 e 1980.

4.4 Ensino, pesquisa e escolaridade no emprego médico

Ao longo do período analisado, os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde que detinham atividades de ensino e pesquisa reduzem-se de 4,9% para 3,6% do total de estabelecimentos. Tal fato encontra-se altamente correlacionado com o movimento de ambulatorização, especialmente no setor público, já descrito anteriormente, dado que os estabelecimentos de menor porte, criados na segunda metade da década de 70, dificilmente detêm condições materiais para operacionalizar atividades desta natureza. Geralmente, os estabelecimentos que contêm atividades de ensino e pesquisa são de grande porte. Desta forma, eles absorviam 21% do emprego médico em 1980. A tabela 23 pode fornecer maiores esclarecimentos sobre este tema.

³³ Monteiro, Mário Francisco G. Estudo da mortalidade por grupos de causas na Guanabara, 1965-72. *Revista Brasileira de Estatística*, Rio de Janeiro, IBGE, 35(140), out./dez. 1974. Este estudo mostra que os neoplasmas e as doenças cardiovasculares apresentam-se como principais causas de mortalidade no espaço metropolitano brasileiro. As estatísticas de mortalidade do Ministério da Saúde, para 1980, confirmam esta tendência.

Tabela 33

Evolução do emprego médico nos estabelecimentos que continham atividades de ensino e pesquisa
1976-80

Especificação	Anos de referência					
	1976			1980		
	Total	Com atividades de ensino e pesquisa	Sem atividades de ensino e pesquisa	Total	Com atividades de ensino e pesquisa	Sem atividades de ensino e pesquisa
1. Estabelecimentos (%)	100,00	4,9	95,1	100,00	3,6	96,4
Público	100,00	4,4	95,6	100,00	3,5	96,5
Privado	100,00	5,5	94,5	100,00	3,8	96,2
2. Emprego médico (%)	100,00	26,5	63,5	100,00	21,5	68,5
Público	100,00	33,0	67,0	100,00	29,4	70,6
Privado	100,00	20,6	79,4	100,00	14,7	85,3
3. Emprego médico/estabelecimento	8,05	43,8	6,23	7,90	46,67	6,44
Público	7,38	55,64	5,17	6,76	57,11	4,95
Privado	8,76	32,54	7,36	9,26	35,41	8,22

Fontes: IBGE. AMS 1976/80; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

Observa-se que o percentual de estabelecimentos com atividades de ensino e pesquisa cai não só nos de natureza pública, mas também nos de estatuto privado, sendo que o decréscimo maior verifica-se nestes últimos. O mesmo fenômeno ocorre com o emprego médico nos estabelecimentos que detêm tais atividades. Vale destacar, no entanto, que os estabelecimentos públicos com atividades de ensino e pesquisa absorvem mais emprego médico do que os privados. Assim, em 1980 as instituições públicas detentoras de atividades dessa natureza absorveram quase 30% do emprego médico público, enquanto as instituições privadas respondiam por apenas 15% do emprego médico nos estabelecimentos privados.

Ressalta-se, ainda, que os estabelecimentos com atividades de ensino e pesquisa são, em geral, bem maiores que os que não apresentam tais atividades, característica válida tanto para as instituições públicas como para as privadas. Entre 1976 e 1980, esta tendência torna-se ainda mais marcante, dado que a relação emprego médico/estabelecimento *aumenta* nas instituições detentoras dessas atividades. Dessa forma, cada estabelecimento com atividade de ensino e pesquisa detinha, em média, 46,7 médicos contra os 7,9 médicos encontrados para cada estabelecimento que não apresentava atividades dessa natureza. De-

ve-se destacar ainda que os estabelecimentos públicos com tais atividades são maiores que os particulares.³⁴ O grande peso dos hospitais universitários de natureza pública certamente é decisivo na determinação deste fato.

Pode-se concluir, portanto, que, ao lado do movimento de ambulatorização dos estabelecimentos de saúde persiste um outro movimento de concentração e de ampliação da escala dos estabelecimentos que desenvolvem atividades de ensino e pesquisa. É, portanto, nesses estabelecimentos que ocorre o aumento do número de profissionais mais qualificados com formação escolar ao nível de pós-graduação.

Dos 146.091 postos de trabalho médico existentes nos estabelecimentos de saúde, em 1980, cerca de 36% eram ocupados por médicos com pós-graduação, sendo que, destes, 32% detinham nível de especialização ou residência, e apenas 4% apresentavam cursos de mestrado ou doutorado.

Tabela 34
Distribuição do emprego médico no Brasil, por natureza do estabelecimento, segundo nível de instrução
Brasil — 1980

Nível de instrução	Natureza do estabelecimento				
	Total (%)	Particular federal (%)	Público federal (%)	Público estadual (%)	Público municipal (%)
Total	146.091 (100%)	78.202 (100%)	31.231 (100%)	24.670 (100%)	11.988 (100%)
Sem pós-graduação	63,91	53,93	72,85	80,58	71,46
Especialização ou residência	31,75	40,53	24,63	15,56	26,26
Mestrado ou doutorado	4,34	5,54	2,52	3,86	2,28

Fontes: IBGE. AMS 1980; e ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

Diferentemente do que um grande número de técnicos da área de saúde apontou, o setor privado é o que absorve maior parcela de médicos com pós-graduação, ou seja, 46% dos empregos eram de profissionais com nível de pós-graduação, em 1980. Destes, cerca de 40% tinham nível de especialização ou residência, e aproximadamente 6% detinham ou iriam obter grau de mestre

³⁴ Pela tabela 35, pode-se notar que em 1980 cada estabelecimento particular com ensino e pesquisa detinha, em média, 35,4% de empregos médicos, enquanto que cada estabelecimento público da mesma natureza apresentava 57,1% postos de trabalho em medicina.

ou doutor. Aparentemente, o setor público estadual era o que detinha a maior parcela de empregos médicos sem pós-graduação, em 1980, ou seja, quase 81%.

Comparativamente com as demais ocupações de nível superior, os médicos apresentam um nível de escolaridade bastante alto, particularmente aqueles ocupados nos estabelecimentos de saúde. Tal fato está ligado a determinadas exigências de experiência profissional na ocupação de postos de trabalho, particularmente nas instituições privadas. Nesse sentido, a “residência médica” é, cada vez mais, condição *sine qua non* para o ingresso do médico no mercado de trabalho.

5. Considerações finais

5.1 O emprego médico e a terciarização da atividade econômica

Constitui ponto pacífico na literatura econômica recente que o capitalismo, em sua atual fase monopolista, caracteriza-se por um rápido aumento da produtividade do trabalho. A aplicação sistemática do progresso técnico na produção de bens materiais, seja através da internalização, por parte das empresas, de departamentos de pesquisa e desenvolvimento, seja mediante a produção científica e tecnológica, incentivada pelo Estado, nas universidades, em seus próprios centros de pesquisa ou através de políticas de financiamento, traz efeitos diretos na aplicação e utilização de tecnologias que reduzem relativamente a força de trabalho empregada nas atividades diretamente produtivas.

O aumento da produtividade do trabalho trouxe, por um lado, o incremento da produção, o barateamento relativo das diversas mercadorias e, por outro, uma redução relativa da força de trabalho empregada na produção. Isto colocou, de imediato, restrições ao funcionamento da produção capitalista, pois *a base cada vez mais extensa* da produção passa a repousar nos *limites mais estreitos do consumo*.

A realidade dos países desenvolvidos mostrou-se favorável a um duplo movimento que foi capaz de solucionar, na prática, estas questões: de um lado a exportação de mercadorias e de capitais e, de outro, a chamada “terciarização” de suas economias. É fato notório, nos dias de hoje, que os países desenvolvidos detêm imensos contingentes de sua força de trabalho nas chamadas atividades terciárias, tanto no setor público como no privado. O setor serviços, em particular, foi um dos que mais cresceram nos últimos 50 anos, haja vista a proliferação das atividades sociais, como educação, saúde, cultura e lazer e das atividades “racionalizadoras” do aparelho produtivo e social, como a administração e gerência, informação, comunicação e seus desdobramentos contemporâneos, como a informática e a telemática. Todas essas atividades passaram a absorver grandes fatias da massa de lucro global dos setores produtivos, criando, em paralelo, emprego e renda para um grande número de trabalhadores e auxiliando, direta ou indiretamente, no escoamento da produção de bens materiais, conjuntamente com a elevação do nível de consumo social e bem-estar dessas populações.

Nos países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento, a expansão do setor terciário também é fenômeno presente, porém não necessariamente em função do mesmo movimento que ocorreu nos países centrais. A aplicação de

tecnologias modernas, juntamente com o atraso secular das formas de produção no campo geraram um desemprego relativo de mão-de-obra e uma dificuldade estrutural de absorção do excedente da força de trabalho nas atividades mais tecnificadas. O rápido aumento das taxas de urbanização, acoplado aos movimentos de concentração de terras e aumento da produtividade no campo foram os ingredientes necessários para detonar um processo de “terciarização” da economia, cuja tônica foi dada pelo subemprego em atividade de baixa produtividade e de baixa remuneração, onde o impacto nos níveis de renda e de consumo social foi, sem via de dúvida, marginal. Isto não significa dizer que não houve o crescimento de um terciário que utilize tecnologias modernas e preste serviços tecnificados. Este também existe e, mesmo não sendo hegemônico na totalidade do processo, foi determinado juntamente com o crescimento das camadas médias urbanas e das atividades terciárias incentivadas pelo Estado.

O crescimento da força de trabalho em saúde deve ser diretamente correlacionado com esse processo de terciarização. As atividades de saúde, incluídas nos chamados “serviços de consumo coletivo” ou “atividades sociais” passaram de 2,3% para 5,9% do total da força de trabalho norte-americana, entre 1940 e 1970.³⁵

No Brasil, o setor terciário evoluiu de 37,8% para 46,6% dos ocupados entre 1970 e 1980, enquanto a força de trabalho em saúde passou de 2,1% para 2,8% desse total, no mesmo período.³⁶

Pode-se concluir, portanto, que o crescimento da força de trabalho em saúde é, em parte, fruto do mesmo movimento de terciarização do trabalho vivido pela economia brasileira, com grande intensidade, nos anos 70.

Da mesma forma, o crescimento do emprego médico espelha esse fenômeno, mormente nas regiões urbanas, onde o assalariamento, a mercantilização das relações de troca e o crescimento das camadas médias urbanas abrem espaço para a reprodução das condições de realização do trabalho médico.

Embora tenham-se elevado as relações médico/habitante em todo o território nacional, estas ainda se apresentam, em algumas regiões, muito aquém do que deveriam ser em função dos padrões internacionais. A Organização Mundial de Saúde estimou, durante vários anos, como relação adequada, a de um médico para cada mil habitantes. Esta cifra, hoje em dia, é considerada insuficiente, dado que se passou a estimar como ótima uma relação de um médico para cada 700 habitantes, padrão similar ao vigente na maioria dos países desenvolvidos.³⁷

Se utilizado tal critério, veremos que no Brasil, em 1980, existiam 0,6 médico para cada 700 habitantes, sendo que em algumas regiões esta relação atingia proporções bastante alarmantes, como nas Regiões Norte (0,3 médico para 700 habitantes) e Nordeste (0,4 médico para 700 habitantes). Assim, a única região brasileira que apresentou relações dentro do ótimo estabelecido foi o estado do Rio de Janeiro, onde se obteve 1,5 médico para cada 700 habitantes.

³⁵ Nogueira, Roberto Passos. A força do trabalho em saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 17(3):61-70, jul./set. 1983.

³⁶ ENSP/Fiocruz. Pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil.

³⁷ Arias, Elsa B. P. & Feller, Jorge I. Estructura y dinámica del recurso humano médico de la Provincia de Buenos Aires. *Cuadernos Médico-Sociales*, Rosário, Argentina, n.º 26, dic. 1983.

Portanto, ainda se tem muito a ganhar na melhoria das condições de saúde da população, a partir de uma distribuição mais adequada dos médicos pelo território nacional e do aumento do número desses profissionais, nas modalidades requeridas pelo perfil regional de morbidade no Brasil.

5.2 Balanço e perspectivas

Descritos o conteúdo, a natureza e os resultados deste trabalho, torna-se mais fácil apresentar suas potencialidades e limitações. Estudar a força de trabalho médica, de forma compartimentada, com ênfase exclusiva no trabalho do profissional médico, constitui tarefa incompleta. No processo de trabalho em saúde, o médico é um elemento catalisador, cabendo-lhe, geralmente, não apenas as funções mais complexas, ou que exigem maior nível de qualificação, mas também papéis específicos e estratégicos na organização e dinâmica do processo de trabalho em saúde. “Esse organismo de trabalho coletivo (o setor saúde) tem uma divisão técnica do trabalho, não do tipo fabril, mas manufatureiro: a decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas e sua integração através de uma hierarquia de profissionais é o fundamento da produtividade do setor que, neste sentido, ainda depende substancialmente do conhecimento e da destreza do trabalhador.”³⁸

Por ocupar postos-chave na hierarquia de profissionais do setor saúde, o trabalho médico só pode ser entendido, numa análise dinâmica, a partir da relação direta que é estabelecida entre eles e as outras tarefas executadas por todos os outros trabalhadores de saúde, inclusive os de nível médio, auxiliar e elementar. Mas reconstruir essas relações do ponto de vista analítico³⁹ constitui um capítulo deveras importante da história recente do setor saúde no Brasil, importante demais para se referir ao profissional médico apenas como unidade de análise, ou para ser feita de maneira tão despretensiosa, como ocorreu neste trabalho.

O ponto de partida desta investigação foi o médico enquanto categoria profissional. Pretendeu-se estudar a dimensão nacional e regional desta categoria e os movimentos que alteraram esta dimensão entre 1970 e 1980. Pretendeu-se também estudar os fatores sócio-econômicos e demográficos que permitem reconstruir o perfil do médico ao longo desse período de intenso crescimento das forças produtivas capitalistas no Brasil, demarcado pelos anos 70, tais como a distribuição destes profissionais por sexo, idade, nível de rendimentos, posição na ocupação e setor de atividade. Acreditou-se que tais elementos são decisivos para o estudo daqueles que se dedicam ao conhecimento da dinâmica do setor saúde no Brasil. A análise conjunta de todos esses fatores permitiu esboçar o perfil da oferta da força de trabalho médica e levantar algumas hipóteses sobre suas transformações recentes.

Mas a oferta “em si” não é fenômeno isolado, como julgam verdadeiro os economistas ortodoxos. Na verdade, oferta e demanda constituem duas faces de uma mesma moeda, mas os impactos de uma sobre a outra não ocorrem de

³⁸ Cf. Nogueira, Roberto Passos. op. cit.

³⁹ Os dados existentes na pesquisa Recursos Humanos para a Saúde no Brasil permitem tal reconstrução, desde que acoplados à dinâmica da conjuntura política, econômica e institucional do setor, ao longo do período.

imediatamente, como numa sociedade neoclássica sem “tempo” nem “história”. Existe sempre uma defasagem temporal entre os impactos que cada uma delas exerce sobre a outra. Essa defasagem é que possibilita entender determinados “desajustes” refletidos, no caso da força de trabalho, em desemprego ou subemprego, rebaixamento ou elevação salarial, duração e intensidade da jornada de trabalho etc.

Julgou-se, portanto, oportuno analisar, além dos fenômenos da oferta, as questões ligadas à demanda pelo profissional médico. Dado ser fato público e notório que as instituições de saúde respondem hodiernamente pela quase-totalidade do emprego médico (e também dos profissionais de saúde), tomou-se como ponto de partida para análise da demanda a inserção institucional do emprego médico nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde, através de sua natureza institucional (pública ou privada); de sua vinculação com a dinâmica da previdência social brasileira; da natureza dos serviços prestados pelos estabelecimentos, seja através de suas características de atendimento (com ou sem internação), seja através de sua especialidade, tentando, sempre que possível, verificar o regime de trabalho (parcial ou integral) e o nível de qualificação (com pós-graduação e sem pós-graduação) no qual o médico se enquadrava.

Mesmo com todo esse arcabouço analítico, esses elementos só contribuem parcialmente para o conhecimento do trabalho médico enquanto elemento específico da dinâmica do setor saúde no Brasil.

Contudo, se existe alguma pretensão, em todo o esforço aqui realizado, ela certamente liga-se ao caráter inovador do material estatístico existente. Até o presente momento, as informações disponíveis sobre recursos humanos em saúde em geral, e médicos, em particular, eram por demais escassas e esparsas. Quem fosse debruçar-se sobre a questão, teria que fazer um enorme esforço de coleta de material estatístico, homogeneizando as fontes de dados e deixando a descoberto vários conteúdos temáticos, pela inexistência total ou parcial de informações.

Acredita-se que este trabalho venha a facilitar as tarefas não só das associações da classe médica, em conhecer o perfil profissional de sua categoria, mas também das universidades e instituições destinadas ao estudo e planejamento do setor saúde no Brasil. Vale dizer, portanto, que o médico é, aqui, “paciente”, e pode ser observado como força de trabalho⁴⁰ e também como “recurso humano”.⁴¹ Como já afirmava Nogueira, “a abordagem que considera os profissionais de saúde (ou quaisquer outros trabalhadores) como recursos humanos é perfeitamente válida (. . .), desde que também se realize sua análise enquanto força de trabalho, através dos pressupostos teóricos a que aludimos anteriormente. De outra maneira, a ótica de recursos humanos, lastreada inevitavelmente,

⁴⁰ No caso do profissional de saúde, e do médico, em particular, a inserção profissional ocorre no sentido de *prestação de serviços* e não da produção geradora de valor. Assim a força de trabalho médica não recebe salários, mas sim “ordenados”, na medida em que o trabalho médico não cria valor em sua prestação.

⁴¹ Segundo Roberto Passos Nogueira, “quem diz força de trabalho pensa, imediatamente, em coisas tais como produção, emprego/desemprego, renda, divisão do trabalho, setor de emprego, assalariamento etc. Ao contrário, quem diz recurso humano pensa em planejamento, capacitação, seleção, plano de cargos e salários etc. Temos aqui duas maneiras de focar a realidade — uma visa descrevê-la e interpretá-la teoricamente, enquanto a outra objetiva submetê-la a uma ação gerencial”. Nogueira, R. P. op. cit. p. 61.

mente na teoria dos sistemas e suas variantes, constitui-se num reforço do utilitarismo institucional".⁴²

Este trabalho pode, portanto, ser útil, tanto nas lutas profissionais da categoria médica, como no planejamento de recursos humanos em saúde. Sob este último ponto, vale ressaltar que o pensamento crítico, em diversas ocasiões, tem rejeitado o planejamento, suas técnicas e seu instrumental, ao julgá-lo por demais comprometido com os interesses dominantes. No afã de demonstrar seu desprezo pela realidade institucional, algumas correntes mergulham em considerações de natureza teórica que, mesmo detendo importante papel na formação da consciência política e dos elementos de transformação, não fornecem os meios necessários a *operacionalizar uma sociedade transformada*. Pecam por olhar para as possibilidades futuras, esquecendo-se do que se passa, do que se pensa e do que se faz nas instituições do presente, mas pecam, também, porque não poderão operacionalizar o futuro.

O planejamento e a formação de recursos humanos em saúde, e de médicos, em particular, é tarefa cada vez mais centralizada pelos aparelhos do Estado, pois é através deles que, dialeticamente, poderão perpassar alguns dos elementos essenciais para a mudança.

Summary

The main purpose of this paper is to analyse the principal social, economic, demographic and institutional characteristics of the physician's labor market in Brazil, from 1970 to 1980. The data reported are derived from the Information System of the Research of Human Resources for Health in Brazil, developed at the National School of Public Health of Oswaldo Cruz Foundation (ENSP/Fiocruz).

After studying the regional distribution of the physicians in Brazil, the paper analyses this labor force based on some variables, as sex, age, personal income work, wage's conditions, education, day labor and health institutional characteristics.

⁴² Id. *ibid.* p. 62/63.