EMPREGO EM SAÚDE NA CONJUNTURA RECENTE: LIÇÕES PARA A REFORMA SANITÁRIA*

ANDRÉ CEZAR MEDICI**

1. Introdução; 2. Emprego em saúde no Brasil e a dinâmica do setor público: 1976-84; 3. Mudança no perfil das equipes de saúde; 4. Ambulatorização no emprego em saúde; 5. Lições para a reforma sanitária.

1. *Introdução*

O objetivo deste artigo é detalhar algumas tendências, descritas anteriormente por Nogueira,[1] sobre a dinâmica do emprego em saúde na conjuntura da crise econômica brasileira do qüinqüênio 1979-84, bem como apontar alguns bloqueios atualmente existentes, no campo específico da política de recursos humanos em saúde, tendo em vista as bases para a Reforma Sanitária que vem sendo discutida por amplos segmentos da sociedade brasileira, desde a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.[2]

Ao longo dos anos 70 ocorreu um forte crescimento do número de profissionais de saúde, bem como do quantitativo de empregos ligados ao setor. Este crescimento foi uma decorrência direta da reforma das instituições de Previdência Social em 1967 quando, a partir da unificação e extensão da assistência médica previdenciária a todos os trabalhadores formais,[3] aumentou sensivelmente a demanda por serviços de saúde. Dado que esta demanda não poderia ser suprida pelo estoque de estabelecimentos prestadores de serviços até então existentes no setor público, optou-se por uma política de contratação de prestadores privados.

* Este artigo, realizado em setembro de 1986, é um subproduto da Pesquisa sobre Recursos Humanos em Saúde 1976-84, que está sendo desenvolvida no Departamento de Planejamento e Administração da Ensp/Fiocruz, sob coordenação do Prof. Mário Sayeg, com financiamento da Organização Pan-Americana da Saúde.

** Economista; pesquisador no Instituto de Economia Industrial (IEI) da Universidade Federal do Rio de Janeiro; professor e pesquisador na Ensp/Fiocruz. (Endereço: Rua Morais e Silva, 86/405 — Tijuca — 20.271 — Rio de Janeiro, RJ.)

[1] Nogueira, Roberto Passos. *Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil*. Brasília, Opas, 1986. 55p.

[2] A VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília. Contou com a participação de cerca de 5.000 pessoas e mais de 1.000 delegados de sindicatos, confederações de trabalhadores, associações de profissionais de saúde e organismos governamentais ligados ao setor.

[3] Considera-se como trabalhadores formais aqueles que estão protegidos por laços trabalhistas ou previdenciários, englobando os empregados com carteira de trabalho assinada ou os autônomos que contribuem para a previdência social.

O aumento da demanda de serviço levou a um rápido crescimento de absorção de profissionais de saúde. Entre 1966 e 1974 o número de empregados nas atividades hospitalares passa de 150.123 para 303.098, destacando-se os postos de trabalho de nível médio e elementar e, em particular, os atendentes. Quanto aos profissionais de nível superior, a demanda passou a ser suprida pela larga expansão do aparelho formador. "Entre 1935 e 1965 o número de escolas médicas aumentou de 12 para 27 e o número de formados em medicina, de 8.184 para 15.754. A partir de 1965 foram autorizadas a funcionar 33 novas escolas de medicina, sendo a maioria delas no setor educacional privado.[4]

Essa grande ampliação do aparelho formador não correspondeu, no entanto, a uma adequação dos profissionais às reais necessidades da população no campo médico-assistencial. Como resultado, grande parte do corpo médico formado nos anos setenta tem como referência profissional uma medicina especializada, tecnificada, privatizante e totalmente distante do quadro social da saúde no Brasil

Com base nas figuras do médico — este profissional especializado e tecnificado — e do atendente — mão-de-obra barata, sem especialização, capaz de aceitar os níveis salariais mais baixos — ergueu-se a assistência médica privada dos anos setenta. Financiada tanto ao nível do investimento quanto ao nível do custeio pelo setor público,[5] a prática dos estabelecimentos privados tem sido responsável por grande parte dos problemas que hoje têm que ser enfrentados no campo dos recursos humanos em saúde.

A utilização, em massa, do atendente como um dos pólos da pirâmide ocupacional do setor, por exemplo, inibiu o desenvolvimento de estratégias mais arrojadas de formação de mão-de-obra específica (auxiliares e técnicos) a nível de 2.° grau; 70% dos recursos públicos em assistência médica, em média, foram repassados ao setor privado na década passada. Não havia, assim, qualquer estímulo à formação de um grande contingente de profissionais qualificados de nível médio para integrar as equipes hospitalares e para-hospitalares, porque a lógica do setor privado esteve sempre voltada para o rebaixamento dos salários dos profissionais de menor qualificação. Daí, a ênfase na utilização dos atendentes e o descaso pelos profissionais qualificados de nível médio.

Outro problema que, em certo sentido, pode-se dizer "plantado" pelo setor privado contratado foi o da multiplicidade de empregos, especialmente para o médico. A formação, em massa, de profissionais em medicina ao longo da década de 70 foi adequada às estratégias de expansão do setor privado, que tinha na figura do médico o outro pólo de suas equipes. O recurso à especialização formou, na prática, segmentos específicos de mercado de trabalho para cardiologistas, gastrenterologistas, ginecologistas, pediatras, etc. que, em função do re-

[4] Ensp/Fiocruz. Departamento de Administração e Planejamento. Núcleo de Recursos Humanos em Saúde. *Recursos humanos em saúde no Brasil: relatório parcial do projeto*. Rio de Janeiro, jun. 1983. mimeogr.

[5] Medici, André Cezar & Silva, Pedro Luiz Barros. *Alternativas de financiamento da atenção à saúde*. Trabalho apresentado à VIII Conferência Nacional de Saúde, no tema "Financiamento do setor". Brasília, março de 1986.

Programas criados na década de 70, como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), foram importantes canais de expansão da rede privada de serviços de saúde no Brasil, a partir de financiamentos à construção de hospitais e clínicas com juros subsidiados. Quando prontos, estes estabelecimentos recebiam uma clientela cativa do Inamps, que garantia sua sustentação financeira. Ao agir dessa forma, o Estado criou, ao longo dos anos 70, verdadeiras reservas de mercado para os capitais privados que se alocaram no setor saúde.

baixamento salarial provocado pela sobreoferta destes profissionais, combinavam empregos em estabelecimentos públicos e privados com a prática autônoma (liberal) em consultórios. Vale dizer que o "multiemprego" do médico não foi, propriamente, uma "estratégia de sobrevivência", embora tenha sido uma regra de comportamento cuja lógica calcava-se na sobreofetra artificial de profissionais médicos[6] e no rebaixamento do piso salarial, tanto no setor privado como no público. Entre 1970 e 1980 o número de formados em medicina passou de 45.113 para 101.793, e as escolas médicas estavam formando, em média, 8 mil profissionais/ano. Nos anos oitenta o número de egressos reduziu-se para o patamar de 7.200.

Esta sobreoferta relativa de médicos nas regiões urbanas, nas grandes metrópoles do Sudeste e em algumas especialidades é, no entanto, a contraface da carência absoluta de médicos em, pelo menos, 10% dos 4.100 municípios brasileiros. É o preço que a sociedade brasileira tem que pagar pela ausência de médicos generalistas ou formados nas especialidades básicas e que possam atender e acompanhar, indiscriminadamente, a situação de saúde da maioria das famílias brasileiras, a exemplo de outros países. É o legado que deixou o sistema de assistência médica montado, no Brasil, nestes últimos vinte anos: o enriquecimento relativo dos prestadores privados *versus* o empobrecimento relativo da qualidade dos recursos humanos em saúde.

A política de saúde implementada nas duas últimas décadas levou, nos anos setenta, às seguintes tendências, no que diz respeito aos recursos humanos alocados no setor:[7]

a) crescimento acelerado da força de trabalho em saúde, marcado por um incremento bruto de 125,31% do número de profissionais, entre 1970 e 1980. O setor saúde tem sido caracterizado, também, como um grande pólo de absorção de mão-de-obra. Em termos gerais, as categorias que mais cresceram de forma absoluta foram os médicos e o pessoal de enfermagem com nível médio e elementar, capitaneado pelos atendentes;

b) aumento da participação feminina no emprego setorial, na medida em que a força feminina de trabalho em saúde passa de 41 para 63% do total dos profissionais do setor ao longo da década.[8] Este fenômeno foi mais sensível entre os profissionais universitários, onde a participação feminina entre 1970 e 1980 elevou-se de 20 para 39%;

[6] O termo sobreoferta de médicos está sendo usado no sentido de explicitar uma grande oferta desses profissionais em mercados de trabalho muito restritos. Em função da própria distribuição espacial dos segurados, cerca de 60% dos recursos humanos voltados para medicina previdenciária estavam localizados no Sudeste, ao longo dos anos 70. Da mesma forma, o estímulo à especialização saturou rapidamente, nas regiões urbanas, o mercado de trabalho em certas especialidades, em função da baixa correspondência entre formação de profissionais e demanda pelos serviços nestes ramos. Isto não significa que não existam no Brasil bolsões onde se observa a mais absoluta carência de profissionais em medicina, tanto do ponto de vista espacial quanto nas especialidades básicas e mais gerais.

[7] Medici, André Cezar. *A força do trabalho em saúde no Brasil dos anos setenta; percalços e tendências*. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz, Departamento de Planejamento, 1984. mimeogr.

[8] Machado, Maria Helena. *A participação da mulher na força de trabalho em saúde no Brasil*. Belo Horizonte, DMPS/UFMG, jun. 1986.

c) rejuvenescimento da forma de trabalho em saúde, visto que os profissionais entre 20 e 29 anos de idade passam de 30 a 36% do total de ocupados no setor entre 1970 e 1980, ocorrendo o inverso com os profissionais de idade superior a 60 anos. O rejuvenescimento está associado a fenômenos como a expansão universitária e o aumento da participação feminina, e explica, em parte, o rebaixamento dos salários médios no período;

d) aumento do grau de escolaridade dos profissionais, marcado pelo aumentc de magnitude relativa dos profissionais de nível superior no total da força de trabalho do setor e pela maior escolaridade adquirida pelos profissionais de nível médio e elementar, inclusive com formação específica;

e) redução dos prestadores autônomos de serviços, que diminuem de 15,1 para 13,7% no conjunto de profissionais de saúde, e de 42,8 para 33,6% para os profissionais de nível superior, ao longo do período. Tal redução decorre do aumento dos níveis de assalariamento, em conjunto com o incremento do exercício de múltiplas inserções no mercado de trabalho, como ocorre, mais especificamente, com os médicos;

f) aumento da absorção de empregos no setor privado, decorrente, em termos mais gerais, da política de assistência médica implementada ao longo do período;

g) prolongamento da jornada de trabalho dos profissionais de nível superior, como decorrência do aumento da estratégia de inserções múltiplas no mercado de trabalho. Os dados relativos ao número de horas contratadas mostraram que 46,2% dos médicos trabalhavam mais de 50 horas semanais em 1980, enquanto em 1970 apenas 36,8% encontravam-se nesta posição. Como decorrência, 78,1% dos postos de trabalho dos médicos, em 1980, eram de tempo parcial;

h) desconcentração e bimodalidade dos rendimentos dos ocupados em saúde, marcando, para os profissionais de nível superior, um conjunto de pessoas concentradas na faixa de renda de 5 a 10 salários mínimos e outro com rendimentos entre 20 e 30 salários mínimos em 1980. Os que se concentram na primeira faixa geralmente são jovens, mulheres e profissionais com jornadas de trabalho inferiores a 40 horas semanais e assalariados. Os que se encontram na outra são profissionais com mais idade, homens, detentores de jornadas de trabalho superiores a 40 horas semanais e possuidores de destacadas posições na prática liberal.[9]

Todas essas tendências estão associadas ao padrão de organização do setor saúde no Brasil, ao longo da década de 70. Mas o discurso e até mesmo as políticas de saúde implementadas não são homogêneas durante este período. Assim, "as políticas de emprego e recursos humanos em saúde passam a privilegiar, a parti rde 1976, a formação e capacitação de pessoal de nível técnico e auxiliar sem qualificação superior, voltado para atender, prioritariamente, às necessidades da rede ambulatorial e não somente aos aparelhos hospitalares públicos e privados que haviam absorvido o maior quinhão dos recursos humanos em saúde nos anos anteriores.[10] Passam a enfatizar a formação de generalistas e

[10] Medici, André Cezar. op. cit.

[9] Uma análise mais detalhada dessas tendências pode ser encontrada nos trabalhos de Roberto Passos Nogueira (op. cit.), Maria Helena Machado (op. cit.) e André Cezar Medici (op. cit.).

Tabela 1

Distribuição dos estabelecimentos de saúde no Brasil, segundo a natureza da entidade mantenedora (1981-82)

Anos de referência	Natureza da entidade mantenedora					
	Total		Pública		Privada	
	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)
Total						
1978	15.345	100,0	7.839	51,1	7.506	48,9
1980	18.489	100,0	10.045	54,3	8.444	45,7
1982	24.017	100,0	15.290	63,7	8.727	36,3
Com internação						
1978	5.708	100,0	1.072	18,8	4.636	81,2
1980	6.103	100,0	1.217	19,9	4.886	80,1
1982	6.650	100,0	1.423	21,4	5.227	78,6
Sem internação						
1978	9.637	100,0	6.767	70,2	2.870	29.8
1980	12.386	100,0	8.828	71,3	3.558	28,7
1982	17.367	100,0	13.867	79,8	3.500	20,2

Fonte: IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 1978-82.

não somente de especialistas, como vinha ocorrendo desde o final dos anos 60. Ressaltam a necessidade de criar políticas de formação e gerência de recursos humanos nos moldes de serviços mais regionalizados e hierarquizados, tendência essa que se observa desde o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prevsaúde), o Conselho de Assistência à Saúde da Previdência Social (Conasp) e se corporifica com todas as forças nas Ações Integradas de Saúde (AIS).

Essa mudança na retórica da política de recursos humanos, pelos ministérios e demais órgãos ligados ao setor saúde, ocorreu no meio de modificações mais profundas nos estilos de condução estratégica e operacional do setor. Seus resultados, apesar de tímidos, começam a partir dos anos 80.

2. *Emprego em saúde no Brasil e a dinâmica do setor público: 1976-84*

O emprego em saúde no Brasil tem como determinantes básicos a dinâmica e a política de emprego do setor público e, em particular, as políticas traçadas para o atendimento e operação das chamadas atividades sociais. Tal afirmação pode parecer paradoxal quando observamos que, nos anos 70, a maior parcela dos estabelecimentos de atenção médica situava-se no setor privado. De fato, em

1978, a iniciativa privada concentrava 81,2% da rede de serviços de saúde em "internação". Esta proporção reduziu-se para 78,6% em 1982 e, ao que se presume, continuou a diminuir nos últimos anos, conforme pode ser observado na tabela 1. A hegemonia do setor privado na atenção médica não se verifica nos estabelecimentos de saúde de caráter ambulatorial, ou seja, sem internação. Esses, historicamente, vêm sendo mantidos, em larga escala, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, sendo, portanto, de natureza pública. Recentemente, os investimentos em programas como o Piass e a expansão da rede de Postos de Assistência Médica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) têm realimentado esta hegemonia.

Em 1978, cerca de 70,2% dos estabelecimentos sem internação, dos mais variados tipos (postos de saúde, centros de saúde, postos de vacinação, postos de assistência médica, etc.) eram públicos. Esta proporção aumentou para 79,8% em 1982 e, ao que parece, continuará a crescer, dadas as estratégias descentralizadoras voltadas para ações de menor complexidade como as AIS. O setor privado concentrava 51% do total de empregos em saúde, sendo que nos estabelecimentos com internação essa proporção chegara a 62,5% em 1982. Já em 1984 o setor privado perdera a hegemonia na totalidade do emprego em saúde, passando a abarcar 47,7% do total. Até mesmo nos estabelecimentos com internação a participação privada vem declinando. Em 1984, os estabelecimentos públicos com internação já concentravam 41% do emprego hospitalar do país (tabela 2).

Tabela 2

Distribuição dos empregados em saúde no Brasil, segundo a natureza da entidade mantenedora (1982-84)

Anos de referência	Natureza da entidade mantenedora					
	Total		Pública		Privada	
	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)	Absoluto	(%)
Total						
1982	854.344	100,0	418.174	48,9	436.170	51,1
1984	931.949	100,0	487.660	52,3	444.289	47,7
Com internação						
1982	614.563	100,0	230.216	37,5	384.347	62,5
1984	648.033	100,0	265.545	41,0	382.488	59,0
Sem internação						
1982	239.781	100,0	187.958	78,4	51.823	21,6
1984	283.916	100,0	222.115	78,2	61.801	21,8

Fonte: IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária.

Assim, tudo indica que a tendência à privatização, verificada nos anos 70, marcada pela concentração de profissionais de saúde nos estabelecimentos privados, esteja sendo revestida na década de 80. Quando se afirma, portanto, que a dinâmica do emprego e do investimento no setor público é que determina o nível de ocupação e as condições de trabalho nas atividades de saúde, tem-se que levar em conta que:

a) a maior fatia do emprego nos estabelecimentos de caráter ambulatorial (cerca de 78% em 1984) está alocada nos governos estaduais e municipais e, até mesmo, na administração federal. Cerca de 41% dos ocupados em estabelecimentos hospitalares (com internação) também se encontram no setor público. Assim, o setor público detinha 52% do emprego em saúde no ano de 1984;

b) apesar de aglutinar 48% dos postos de trabalho envolvidos nessa atividade social, o setor privado tem sido financiado, tanto em seu investimento como em seu custeio, pelo gasto público. A ampliação da rede privada lucrativa de serviços de saúde foi financiada, ao longo dos anos 70, por fundos de investimentos públicos, como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). O custeio dessa mesma rede tem sido mantido em parte pelos contratos, convênios e credenciamentos do Inamps. Outra parte tem seu suporte nas isenções de arrecadação de impostos de renda de pessoa física e jurídica com gastos privados em saúde. Portanto, são as decisões tomadas no setor público que determinam, em última instância, a dinâmica do emprego no setor privado.

Para entender o mercado de trabalho em saúde na conjuntura recente, vale a pena tecer algumas considerações sobre a dinâmica do emprego em geral e no setor público. Após o período conhecido por milagre econômico (1968-73), a economia brasileira passou a apresentar níveis de crescimento positivos, embora decrescentes em relação aos patamares anteriores. Dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) indicam que, apesar desse fato, o emprego formal continuou a crescer a uma taxa geométrica anual de 14,1% entre 1976 e 1980. Neste mesmo período o emprego em saúde cresceu a taxas ligeiramente inferiores (13,2% ao ano). Com o advento da crise econômica a partir de 1979, os níveis de emprego começam rapidamente a declinar. Entre 1980 e 1983 o crescimento do nível de emprego formal cai para 1,3% ao ano, sendo que na indústria de transformação houve perda absoluta de postos de trabalho (—5,2% ao ano).

Enquanto a economia sofria uma de suas maiores crises, o emprego no setor governo crescia a 9,7% ao ano entre 1980 e 1983. Por motivos diversos dos que levaram Roosevelt a adotar estratégias keynesianas de emprego através do setor público, nos EUA dos anos 30, o Estado brasileiro tem utilizado eventualmente sua máquina empregatícia no sentido anticíclico nos períodos de crise econômica, tal como ocorreu entre 1980 e 1983. Eleições, clientelismo político, empreguismo, reestruturação parcial de órgãos e função do Governo em diversas instâncias da administração pública têm sido algumas das várias formas que o Estado encontrou para manter aceso, mesmo casuisticamente, o ritmo de absorção de empregos num período de vacas magras para a maior parcela do setor privado. Embora o aumento dos níveis de ocupação nos órgãos governamentais tenha sido contrabalançado por uma queda nos salários reais do setor público, tal tendência pressionou em larga escala os patamares de gastos do Governo, levando a uma elevação da relação carga tributária/PIB, nos anos de crise.

Ao lado desse crescimento do emprego no Governo, os postos de trabalho em saúde se multiplicam a uma taxa de 15,5% ao ano entre 1980 e 1983. Embora tenham sido as atividades públicas de saúde as que mais puxaram o crescimento do emprego no período (17,6% ao ano), os postos de trabalho no setor privado apresentaram forte dinamismo (10,6% ao ano), donde se conclui que os mecanismos públicos de custeio das atividades privadas de saúde foram importantes elementos na dinâmica do emprego no setor. Com esse desempenho, o setor saúde, que respondia por 3,5% dos empregos formais em 1976, passa a englobar 5% do total de postos de trabalho existentes no país em 1983.[11]

3. *Mudança no perfil das equipes de saúde*

Além do rápido aumento do total de empregos em saúde, registrado no período, destaca-se o caráter específico do crescimento de algumas categorias profissionais. Como foi visto, a década de 70 notabilizou-se pela maciça participação de categorias polares, como médico e atendente, na composição das equipes de saúde. Pode-se dizer que em 1977 essas duas categorias representavam 67,5% do total de postos de trabalho em saúde, definidos conforme os dados da tabela 3. Informações mais recentes apontam para uma reversão dessa tendência. Em 1984, essas categorias cobriam somente 58,4% dos empregos definidos. Pode-se dizer, portanto, que a polarização entre profissionais de nível superior (médicos) e profissionais desqualificados (atendentes) vem-se reduzindo recentemente, abrindo espaço para uma maior participação dos profissionais de nível médio. Assim, os empregos relacionados às categorias de técnico de laboratório e auxiliar de enfermagem passam de 14,4 para 17,9% dos postos de trabalho, nas categorias definidas, entre 1977 e 1984, respectivamente.

A tabela 4 ilustra a mudança na composição das equipes de saúde, segundo a escolaridade dos empregos ocupados. Em 1978, apenas 18,4% dos postos de trabalho correspondiam a profissionais de nível médio. A maioria dos empregos concentrava-se nas categorias de nível elementar (47,1%) e superior (34,5%). A principal alteração ocorrida entre 1978 e 1984 foi o aumento da participação dos profissionais de nível médio, que passam a representar 27,3% do total de empregos das equipes de saúde, naquele último ano. Como corolário, há uma sensível redução da participação dos profissionais de nível superior (34,5 para 29,8%) e de nível elementar (47,1 para 42,9%), no mesmo período.

As prioridades definidas pela política de saúde pós-76, no campo específico dos recursos humanos, certamente foram decisivas na mudança da composição interna das equipes de saúde. Desde 1976 que a ênfase na formação de recursos humanos em saúde tem sido voltada para a capacitação de pessoal de nível médio, seja em função das necessidades de expansão da rede ambulatorial, seja em decorrência do baixo nível de qualidade de atendimento prestado nos hospitais em função da bipolarização do emprego entre médicos e atendentes. A escolha da via supletiva de formação de pessoal de nível médio, através de programas

[11] Estas relações foram obtidas pela divisão entre o número de postos de trabalho registrados nas estatísticas da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE/AMS (relativas ao setor de saúde) e da Relação Anual de Informações Sociais — Rais (total de empregos formais).

Tabela 3

Distribuição e crescimento anual do emprego em saúde para categorias típicas*
(Brasil, 1977-84)

Categorias profissionais	1977		1978		1979		1980	
	Absoluto	Δ%	Absoluto	Δ%	Absoluto	Δ%	Absoluto	Δ%
Médico	116.460	10,2	127.305	9,3	132.882	4,3	146.091	9,9
Odontólogo	12.794	9,0	14.082	10,0	15.526	10,2	16.696	7,5
Enfermeiro	12.107	−1,0	13.104	8,2	13.342	1,8	15.158	13,6
Técnico de laboratório	5.412	7,2	7.509	38,7	8.092	7,8	9.458	16,9
Auxiliar de enfermagem	49.485	12,0	53.583	8,3	59.257	10,6	64.227	8,4
Atendente	140.273	13,1	158.241	11,3	166.660	5,3	176.891	6,1
Total de empregos**	380.189	9,7	418.387	10,0	444.763	6,3	482.105	8,4

(Continua)

Tabela 3

Distribuição e crescimento anual do emprego em saúde para categorias típicas*
(Brasil, 1977-84)

(Conclusão)

Categorias profissionais	1981		1982		1983		1984	
	Absoluto	△%	Absoluto	△%	Absoluto	△%	Absoluto	△%
Médico	155.877	6,7	171.649	10,1	180.399	5,1	194.152	7,6
Odontólogo	19.464	16,5	22.212	14,1	23.053	3,7	25.078	8,8
Enfermeiro	16.144	6,5	18.047	11,8	19.592	8,5	21.766	11,1
Técnico de laboratório	12.508	32,3	14.660	17,2	15.242	3,9	15.997	5,0
Auxiliar de enfermagem	73.739	14,8	85.210	15,5	89.899	5,5	100.034	11,3
Atendente	175.544	−1,0	179.818	2,4	177.935	−1,0	184.723	3,8
Total de empregos**	512.299	6,3	555.140	8,4	576.127	3,7	646.713	12,2

Fonte: IGBE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 1977-84.
* O crescimento anual (△%) é dado com relação ao ano anterior.

** Exclui os empregos das categorias não identificadas que aparecem como "outros" de nível superior, médio e elementar. Não corresponde à soma das categorias especificadas acima.

Tabela 4

Distribuição percentual dos empregos de profissionais de saúde por natureza e regime de internação, segundo o tipo de profissionais (Brasil, 1978-84)

Ano e tipo de profissional	Com internação			Sem internação			Total
	Público	Privado lucrativo	Privado não-lucrativo	Público	Privado lucrativo	Privado não-lucrativo	
1978							
Total	100.0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nível superior	32,9	31,8	26,0	42,7	61,5	61,5	34,6
Nível médio	25,8	16,1	16,9	14,5	16,6	12,3	18,3
Nível elementar	41,3	52,1	57,1	42,8	21,9	26,2	47,1
1984							
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nível superior	26,6	27,2	21,9	36,4	52,8	51,3	29,8
Nível médio	31,5	25,6	26,3	25,1	26,0	25,3	27.3
Nível elementar	41,9	47,2	51,8	38,5	21,2	23,4	42,9

Fonte: IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 1977-84.

como o "Larga Escala", foi decisiva na criação de profissionais mais qualificados e com experiência de trabalho no setor. Assim, muitos atendentes ou auxiliares operacionais de serviço, sem qualificação, tiveram oportunidade de ser escolarizados e receber especialização técnica ligada à área de saúde.

O resultado dessa estratégia foi o baixo crescimento dos atendentes (31,7%, entre 1977 e 1984) e a larga expansão dos auxiliares de enfermagem (102.1% no mesmo período).

Apesar de continuarem apresentando crescimento, as categorias de nível superior começam a perder participação relativa na composição das equipes de saúde. A ênfase na interdisciplinaridade das equipes tem tido efeitos na redução relativa do contingente de algumas profissões, como médicos, e na maior absorção de outras, como enfermeiros, odontólogos, nutricionistas e assistentes sociais. De fato, o número de concluintes de cursos de medicina, que chegou a 8.722 em 1978, reduziu-se para 7.289 em 1983 e, ao que parece, continua a cair. Em contrapartida, o número de enfermeiros formados em 1983 (4.934) foi o mais alto até aquele momento, e tudo indica que a capacidade de formação de profissionais em enfermagem aumentará ainda mais.

As mudanças verificadas na composição das equipes de saúde têm ocorrido fundamentalmente no setor público. Os estabelecimentos privados com internação, especialmente os "não lucrativos" (beneficentes e filantrópicos) conti-

nuam empregando mais da metade do contingente de nível médio e elementar. O aumento da participação de profissionais de nível médio nas equipes desses estabelecimentos responde às exigências dos convênios com a previdência e com a iniciativa privada que, em muitos casos, pedem equipes mais bem preparadas para a assinatura de contratos de prestação de serviços.

Apesar do aumento do peso dos empregos de nível médio ser uma constante em todos os tipos de estabelecimentos de saúde, os privados de caráter ambulatorial continuam tendo, nos profissionais de nível superior, a maior parte de seus empregos. Isto porque o segmento de estabelecimentos privados sem internação não é voltado, em média, para o atendimento geral, mas sim para a assistência em uma dada modalidade de especialização. Mesmo quando têm convênios com a previdência, as clínicas especializadas privadas sem internação dependem muito do especialista, particularmente do médico, e têm na lucratividade em cima do trabalho médico e dos exames sua principal forma de sustentação.

4. *Ambulatorização no emprego em saúde*

A ambulatorização do emprego em saúde no Brasil pode ser vista, de antemão, pela alta taxa de crescimento dos estabelecimentos sem internação. Entre 1978 e 1980 e entre 1980 e 1982 esse crescimento foi de 28,5% e 40,2% contra os 6,9% e 9% encontrados para os estabelecimentos com internação, no mesmo período. Vale destacar que, só entre 80-82, os estabelecimentos públicos sem internação cresceram 61,1%.

Como todo ess edesempenho, é natural que o crescimento do emprego tenha acompanhado o incremento da capacidade instalada na rede ambulatorial. Em 1980, a rede sem internação respondia por 27,5% dos postos de trabalho do setor. Quatro anos depois a participação dessa rede na absorção dos empregos aumentou para 30,5%. A tendência à regionalização das ações de saúde a partir das AIS tem impulsionado ainda mais a absorção de empregos pela rede ambulatorial, especialmente nos estados e municípios.

As três tendências aqui apontadas representam uma reversão com relação ao comportamento verificado na década passada, mas ainda persistem grandes distorções decorrentes da forma como foi montada a estrutura de serviços de saúde no Brasil dos anos 70. Essas distorções resultaram de um quadro onde as estratégias de financiamento, a estrutura do mercado de bens e serviços do setor e os interesses privados definiram as políticas de saúde e, em particular, de formação e distribuição de recursos humanos para o setor. A permanência do modelo médico-assistencial complexo e especializado faz com que persista um desequilíbrio entre a existência de profissionais voltados para operação desse modelo e os novos profissionais a serem formados, tendo em vista o quadro de assistência médico-sanitária a ser implantado.

Apesar de terem crescido qualitativa e quantitativamente, os recursos voltados para a expansão e operação da rede básica de serviços, bem como os destinados às medidas de saúde pública, ainda são insuficientes para atingir os propósitos de universalização e eqüidade no atendimento. Mesmo assim, mais de 2 mil municípios já assinavam convênios AIS e cerca de 13% do orçamento do Inamps, em 1986, foram voltados para operar programas ligados às AIS.

Permanece, no entanto, a histórica concentração da rede de saúde, dos gastos e dos recursos humanos em regiões como o Sul e o Sudeste e a relativa (e em alguns casos absoluta) escassez de recursos nas regiões mais carentes.

Por fim, apesar de estarem ganhando mais peso na composição das equipes, os profissionais de nível médio continuam sendo poucos e insuficientemente preparados para atender de forma única e integral os requisitos da nova política de saúde desenhada, recentemente, nas propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e no movimento pró-Reforma Sanitária.[12] Urge repensar o sistema de formação de técnicos e auxiliares para o setor, bem como redesenhar o papel do profissional universitário. Neste caso, cabe acrescentar que o tratamento social e interdisciplinar das questões de saúde no Brasil exige que seja pensada uma nova relação nas profissões universitárias, como novos currículos e novas formas de inserção profissional no setor. Os currículos de medicina, em particular, devem adequar a especialização às modalidades assistenciais de maior representatividade no perfil epidemiológico da população, bem como formar um maior número de generalistas voltados para a operação e funcionamento da rede básica de serviços.

5. *Lições para a reforma sanitária*

A necessidade de uma ampla reforma sanitária, orientada para o aprofundamento das estratégias de regionalização, hierarquização e controle social preconizado pelas AIS, bem como para o tratamento único das ações de alcance coletivo no campo da saúde pública, distribuição de vacinas, medicamentos e alimentos, em conjunto com a assistência médica, exige um novo desenho de política de recursos humanos.

O passado ensinou que a submissão das políticas de saúde e, em particular, da formação, desenvolvimento e distribuição de recursos humanos aos sistemas de custeio, pagamento e lucratividade foi o principal ingrediente responsável pela descoordenação, inadequação, multiplicidade de esforços e má distribuição dos recursos humanos em saúde hoje existente no Brasil. Portanto, tornam-se necessárias ações que possibilitem:

a) no campo da formação:

— desenhar uma nova estrutura de órgãos de desenvolvimento de recursos humanos nas instituições públicas, estimulando a preparação de pessoal técnico para o exercício de funções integrais dentro do novo modelo de atenção à saúde;

— desenvolver estruturas de formação de pessoal técnico ao nível regional, como forma de privilegiar os recursos humanos adequados às necessidades e características locais no campo da saúde e das condições sócio-econômicas;

— adequar a estrutura universitária das profissões de saúde de forma a planejar a formação de especialistas segundo o quadro real de necessidades; criar incen-

[12] A VIII Conferência Nacional de Saúde, mencionada anteriormente, teve, como proposta básica, a realização de uma ampla reforma sanitária no país como estratégia de reverter o quadro de saúde da população brasileira. A partir desta proposta foi formada, em outubro de 1986, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, cujo objetivo foi formular, em seis meses, uma proposta de reestruturação do sistema de saúde para constar na nona Carta Constitucional.

tivos para a realização de estágios, residência médica e transferência de recém-formados para áreas mais necessitadas;

— desenvolver mecanismos de integração serviço/ensino em todos os níveis de qualificação tendo como base a investigação de modelos assistenciais localizados em espaços/populações concretas;

b) no campo da integração das políticas de recursos humanos com as políticas de saúde:

— definir explicitamente o papel, funções e atribuições dos estados, municípios e distritos sanitários na formação, desenvolvimento e distribuição dos recursos humanos em saúde;

— adotar mecanismos que incentivem o trabalho em tempo integral ou dedicação exclusiva, especialmente para os profissionais de nível superior, com vistas a minimizar a multiplicidade de empregos que hoje é vivida por grande parte dos profissionais de saúde no Brasil, trazendo fortes prejuízos ao atendimento e à qualidade dos serviços;

— estabelecer mecanismos contratuais que levem ao efetivo cumprimento concomitante de carga horária com produção mínima;

— equacionar condignamente a situação dos médicos credenciados, implantando formas de controle social sobre os serviços por eles prestados;

— definir critérios que promovam a resolução ágil dos problemas relacionados ao atendimento a nível regional e local, especialmente nas regiões hoje desprovidas de serviços públicos de assistência à saúde;

c) no campo dos direitos trabalhistas:

— estabelecer critérios de recrutamento e seleção ajustados à realidade dos serviços de saúde;

— criar obrigatoriedade de concurso público para todas as instituições do setor público federal, estadual e municipal, tanto na administração direta, quanto na indireta;

— implantar planos de carreira com possibilidades de progressão horizontal e vertical, a partir de avaliações de desempenho;

— estabelecer gradativamente a isonomia salarial nos serviços públicos, para todas as categorias profissionais, com vistas a equacionar problemas hoje enfrentados na administração de recursos humanos das AIS, onde funcionários de certas instâncias recebem menos do que outros na execução de um mesmo serviço, no mesmo estabelecimento.

Tais medidas deveriam ser o ponto de partida para o estabelecimento de uma política de recursos humanos adequada às necessidades preconizadas pela Reforma Sanitária.

Para finalizar, cabe mencionar que grande parte dos problemas hoje enfrentados no campo dos recursos humanos em saúde encontra-se atrelada à questão salarial. Ao longo dos anos de autoritarismo, os salários dos profissio-

nais de saúde sofreram uma longa e contínua deterioração. Essa política salarial, além de fragmentar o mercado de trabalho, criou, especialmente para os médicos e outros profissionais de nível superior, estratégias de emprego múltiplo. O multiemprego foi uma decorrência do arrocho salarial.

Não é simplesmente aumentando os salários, porém, que se resolve o problema. Os médicos do Inamps, por exemplo, passaram a receber, desde 1983, remuneração equivalente a 10 salários mínimos por um emprego de 20 horas e continuam resistindo a cumprir esta jornada de trabalho e à implantação de meios de controle que levam ao seu cumprimento. Neste caso, tem que ser negociada uma solução que aumente os salários, crie mecanismo de dedicação exclusiva a um único emprego e permita poderosas formas de controle social sobre a jornada de trabalho dos profissionais de saúde. Vale dizer, no entanto, que os profissionais de saúde com formação de nível médio e elementar continuam a receber salários aviltantes.

Uma política digna para esses profissionais, juntamente com incentivos de remuneração para transferência para as regiões mais necessitadas, a exemplo do que vem sendo feito pela Secretaria de Saúde do Paraná, pode ser o ponto de partida para solução desses problemas.

Summary

This article intends to describe and analyze the major trends concerning the behavior of the labor-market in the area of health in Brazil, from 1976 to 1984.

Three basic tendencies have been identified in the '80s: an increase in employment in the public sector, as compared with increases observed in the private sector, a greater participation of employment in ambulatorial establishments relatively to jobs in hospitals, as well as an increase in the employment of medium level professional people in the composition of health teams.

