

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil

Estudos e Análises

Volume 2

Brasília – DF
2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil

Estudos e Análises

Volume 2

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF
2004

©2002 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.^a edição - volume 2 - 2004 - 2.500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Coordenação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 7.^o andar, sala 716

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tels: (61) 315 2798 / 226 4222

E-mail: redobservatorio@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/sgtes

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19

CEP 70800-400, Brasília - DF - Brasil

Tel.: 55 - (61) 426 9595

Fax: 55 - (61) 426 9591

Home page: www.opas.org.br

Formatação e arte-finalização da capa:

Formatos Design

Capa:

Desenvolvida a partir de lay-out de autoria de Dino Vinícius Ferreira de Araújo para o Seminário Anual dos Observatórios de Recursos Humanos de Saúde na Região das Américas

Organizadores:

André Falcão do Rêgo Barros

José Paranaçuá de Santana

Pedro Miguel dos Santos Neto

Tradução:

Globo Tradução

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise / [André Falcão do Rêgo Barros (Org.) et al.]. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

500 p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Volume 2.

O volume 1 foi publicado no ano de 2002 no Rio de Janeiro pela Editora Fiocruz. ISBN: 85-334-0727-0.

ISBN 85-334-0839-0

1. Recursos humanos em saúde. 2. Saúde pública. 3. Serviços de saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Organização Pan-Americana da Saúde. III. [Barros, André Falcão do Rêgo. (Org.) et al.]. IV. Título. V. Série.

NLM W 76

Catálogo na fonte - Editora MS - 2004/1064

Títulos para indexação:

Em inglês: Observatory of Human Resources in Health in Brazil: studies and analysis

Em espanhol: Observatorio de Recursos Humanos en Salud en Brasil: estudios y análisis

Adriana Rosa Linhares Carro

Cirurgiã-Dentista, especialista em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde, mestranda do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, assistente técnica de Planejamento de Ações e Serviços de Saúde II da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), pesquisadora da Estação de Trabalho SUS-SES/SP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
arcarro@saude.sp.gov.br

Ana Claudia Pinheiro Garcia

Socióloga, mestre em Ciências Sociais, auxiliar de pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), auxiliar de pesquisa da Estação de Trabalho ENSP/Fiocruz da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
ana.garcia@ensp.fiocruz.br

Ana Luiza Stiebler Vieira

Enfermeira, doutora em Enfermagem, pesquisadora associada da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), pesquisadora da Estação de Trabalho ENSP/Fiocruz da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
stiebler@ensp.fiocruz.br

Aniara Nascimento Corrêa Araújo

Fisioterapeuta, especialista em Administração Hospitalar e em Serviços de Saúde, Assistente Técnica de Planejamento de Ações e Serviços de Saúde II da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), pesquisadora da Estação de Trabalho SUS-SES/SP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
ancorrea@saude.sp.gov.br

Antenor Amâncio Filho

Bacharel em Direito, doutor em Educação, pesquisador adjunto da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos em Saúde da ENSP/Fiocruz, pesquisador da Estação de Trabalho ENSP/Fiocruz da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
amancio@ensp.fiocruz.br

Célia Regina Pierantoni

Médica, doutora em Saúde Coletiva, professora e pesquisadora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), coordenadora da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS, coordenadora do Mestrado Profissional em Administração de Saúde e do Curso de Especialização em Gestão da Saúde IMS/UERJ.
pieranto@ims.uerj.br

Cinira Magali Fortuna

Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora doutora junto ao Curso de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), enfermeira da Secretaria Municipal Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo.
cinirafortuna@yahoo.com.br

Clarice Aparecida Ferraz

Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora livre-docente junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), pesquisadora da Estação de Trabalho da EERP/USP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
erraz@eerp.usp.br

Cristiana Leite Carvalho

Dentista, doutora em Saúde Pública, pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFGM), coordenadora da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado NESCON/UFGM da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS, professora da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas).
clcarv@pucminas.br

Décio Ignácio Angnes

Graduado em Ciências Contábeis, administrador hospitalar, assessor administrativo da Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (ESP/SES/RS), coordenador da Política de Humanização da Assistência à Saúde da SES/RS.
decio-angnes@saude.rs.gov.br

Eliane dos Santos Oliveira

Nutricionista, mestre em Saúde Pública, pesquisadora colaboradora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), pesquisadora da Estação de Trabalho ENSP/Fiocruz da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
oliveira@ensp.fiocruz.br

Fernando Pires-Alves

Historiador, vice-diretor da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) e coordenador da Estação de Trabalho COC/Fiocruz da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
fapires@coc.fiocruz.br

Gilberto Hochman

Mestre e doutor em Ciência Política, pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), professor do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da COC/Fiocruz, coordenador da Estação de Trabalho COC/Fiocruz da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
hochman@coc.fiocruz.br

Jackson Freire Araújo

Biólogo, pesquisador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado NESCON/UFMG da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
jackson@medicina.ufmg.br

Janete Lima de Castro

Enfermeira, mestra em administração, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), coordenadora e pesquisadora da Estação de Trabalho Observatório RH NESC/UFRN da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
castrojanete@uol.com.br

Janete Rodrigues da Silva Nakao

Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora doutora junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), pesquisadora da Estação de Trabalho da EERP/USP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
janete@eerp.usp.br

João Batista Girardi Jr.

Jornalista, coordenador técnico e pesquisador da Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado NESCON/UFMG da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
girardi@medicina.ufmg.br

João Bosco Feitosa dos Santos

Economista, doutor em Sociologia, professor e pesquisador da Universidade Estadual do Ceará (UECE), coordenador do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão Gestão Pública e Desenvolvimento Urbano (GPDU), coordenador da Estação de Trabalho do Centro de Treinamento e Desenvolvimento das Universidades Federal do Ceará e Estadual do Ceará (CETREDE/UFC/UECE) da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS, docente dos mestrados acadêmicos de Saúde Pública e de Políticas Públicas e Sociedade da UECE.
boscofeitosa@rapix.com.br

José de Freitas Uchoa

Economista, mestre em Economia, especialista em mercado de trabalho, coordenador da Célula de Estudos e Pesquisas do Centro de Treinamento e Desenvolvimento das Universidades Federal do Ceará e Estadual do Ceará (CETREDE/UFC/UECE).
zedefreitas@cetrede.com.br

José Meneleu Neto

Economista, doutor em Sociologia do Trabalho, professor do Mestrado em Geografia da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pesquisador do Centro de Treinamento e Desenvolvimento das Universidades Federal do Ceará e Estadual do Ceará (CETREDE/UFC/UECE).
jmeneleu@uol.com.br

Júlio César França Lima

Enfermeiro Sanitarista, mestre em Educação, coordenador e pesquisador do Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).
jlima@fiocruz.br

Luciane Velasque

Estatística, mestre em Saúde Pública, pesquisadora bolsista do Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).
velasque@fiocruz.br

Marcia Regina Antonietto da Costa Melo

Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora doutora junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), da Estação de Trabalho da EERP/USP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.

mracmelo@eerp.usp.br

Maria José Bistafa Pereira

Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora doutora junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), pesquisadora da Estação de Trabalho da EERP/USP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.

zezebis@eerp.usp.br

Maria Luiza Anselmi

Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora livre-docente junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), pesquisadora da Estação de Trabalho da EERP/USP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.

anselmi@eerp.usp.br

Maria Ysabel Barros Bellini

Doutora em Serviço Social, docente da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), coordenadora de Ensino e Pesquisa da Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS).

maria-bellini@saude.rs.gov.br

Mônica Vieira

Socióloga, doutoranda do Programa de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pesquisadora do Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

monicavi@fiocruz.br

Nosor Orlando de Oliveira Filho

Médico Clínico, especialista em Saúde Pública, mestre em Epidemiologia, integrante do Grupo de Apoio e Supervisão da Residência Médica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), pesquisador da Estação de Trabalho SUS-SES/SP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.

deoliveirafo@uol.com.br

Paula Xavier dos Santos

Jornalista, mestre e doutora em Ciência da Informação, coordenadora do Núcleo de Informação em História das Ciências Biomédicas e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), professora do Mestrado Profissional em Gestão da Informação em Saúde da Fiocruz, coordenadora da Estação de Trabalho COC/Fiocruz da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
paulaxs@coc.fiocruz.br

Paulo Henrique D'Ángelo Seixas

Médico Sanitarista, mestre em Administração de Empresas, professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, coordenador de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), coordenador da Estação de Trabalho SUS-SES/SP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.
pseixas@saude.sp.gov.br

Rafaela Azenha Teixeira

Enfermeira, mestre em Enfermagem em Saúde Pública, enfermeira do Núcleo de Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP).
rafazinha@ig.com.br

Renata Reis

Assistente Social Sanitarista, mestre em Saúde Pública, pesquisadora associada do Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).
renataarc@fiocruz.br

Rita Elisabeth da Rocha Sório

Enfermeira Sanitarista, mestre em Saúde Pública, pesquisadora associada do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília.
rita.sorio@uol.com.br

Roberto Passos Nogueira

Médico, doutor em Saúde Coletiva, pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (Ipea), coordenador do Observatório de Recursos Humanos do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília.
roberto.nogueira@ipea.gov.br

Rômulo Maciel Filho

Economista, mestre em Gestão e Planejamento de Saúde, diretor do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz), coordenador da Estação de Trabalho CPqAM/Fiocruz da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS, pesquisador do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/Fiocruz, doutorando do Programa de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

romulo@cpqam.fiocruz.br

Rosana Lúcia Alves de Vilar

Enfermeira, mestra em Ciências Sociais, docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pesquisadora da Estação de Trabalho Observatório RH NESC /UFRN da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS .

rosanaalves@digizap.com.br

Sérgio Pacheco de Oliveira

Médico, mestre em Engenharia Biomédica, doutorando do Programa de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), pesquisador associado da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), pesquisador da Estação de Trabalho ENSP/Fiocruz da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.

spacheco@ensp.fiocruz.br

Silvana Martins Mishima

Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora livre-docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), pesquisadora da Estação de Trabalho da EERP/USP da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.

smishima@eerp.usp.br

Silvia Matumoto

Enfermeira, doutora em Enfermagem, professora doutora junto ao Curso de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), enfermeira da Secretaria Municipal Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo.

smatumoto@uol.com.br

Solange Baraldi

Enfermeira, Mestre em Integração da América Latina, especialista em Saúde Internacional, assessora da Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil, pesquisadora assistente do Observatório de Recursos Humanos do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília.

solbaraldi@hotmail.com

Suzane de Mendonça e Silva

Acadêmica da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Bolsista de pesquisa da Organização Pan-Americana da Saúde.

suzimendo02@yahoo.com.br

Tania França

Estatística, mestre em Saúde Pública, doutoranda do Programa de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), pesquisadora associada do IMS/UERJ, pesquisadora da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.

taniaf@ims.uerj.br

Thereza Christina Varella

Enfermeira, mestre em Saúde Pública, doutoranda do Programa de Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), professora assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ, pesquisadora associada do IMS/UERJ, pesquisadora da Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde OPAS/OMS/MS.

varella@ims.uerj.br

Valdemar de Almeida Rodrigues

Enfermeiro, especialista em Saúde Coletiva, pesquisador assistente do Observatório de Recursos Humanos do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília.

valdemar61@bol.com.br

Vicente de Paula Fernandes

Licenciado em Letras. Especialista em recursos humanos, assessor técnico da VI Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte.

vpf33@yahoo.com.br

Organizadores

André Falcão do Rêgo Barros

Jornalista, especialista em Saúde Coletiva.
andre.falcao@uol.com.br

José Paranaguá de Santana

Médico, especialista em Saúde Comunitária e mestre em Medicina Tropical, gerente da Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos de Saúde da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde no Brasil.
paranagua@bra.ops-oms.org

Pedro Miguel dos Santos Neto

Médico, especialista em Gestão de Políticas de Recursos Humanos em Saúde, mestre em Saúde Pública, coordenador nacional da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde na Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde.
pedro.miguel@saude.gov.br

Sumário

Apresentação	21
1 - INTRODUTÓRIO	
OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NAS AMÉRICAS - 1999-2004: LIÇÕES APRENDIDAS E EXPECTATIVAS PARA O FUTURO	25
Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos, OPAS/OMS	
HISTÓRIA, SAÚDE E RECURSOS HUMANOS: ANÁLISES E PERSPECTIVAS	37
Gilberto Hochman, Paula Xavier dos Santos e Fernando Pires-Alves	
2 - GESTÃO	
RECURSOS HUMANOS E GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: DA TEORIA PARA A PRÁTICA	51
Célia Regina Pierantoni, Thereza Christina Varella e Tania França	
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR - INSTRUMENTO PARA POTENCIALIZAR PROCESSOS DE TRABALHO NA ASSISTÊNCIA E NA FORMAÇÃO	71
Maria José Bistafa Pereira, Silvana Martins Mishima, Cinira Magali Fortuna, Silvia Matumoto, Rafaela Azenha Teixeira, Clarice Aparecida Ferraz, Janete Rodrigues da Silva Nakao, Marcia Regina Antonietto da Costa Melo e Maria Luiza Anselmi	

3 – MERCADO DE TRABALHO E EMPREGO EM SAÚDE

LIMITES CRÍTICOS DAS NOÇÕES DE PRECARIIDADE
E DESPRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA 81

Roberto Passos Nogueira, Solange Baraldi
e Valdemar de Almeida Rodrigues

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO
DE SAÚDE: UM DESAFIO PARA A GESTÃO DO SUS 105

Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar
e Vicente de Paula Fernandes

CONFIGURAÇÕES DO MERCADO DE TRABALHO DOS
ASSALARIADOS EM SAÚDE NO BRASIL 121

Sábado Nicolau Girardi, Cristiana Leite Carvalho,
João Batista Girardi Jr. e Jackson Freire Araújo

O MÉDICO E O MERCADO DE TRABALHO
EM SAÚDE NO BRASIL: REVENDO CONCEITOS
E MUDANÇAS 139

Rômulo Maciel Filho e Célia Regina Pierantoni

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DE NÍVEL TÉCNICO
EM SAÚDE NO NORDESTE: UM ENFOQUE NOS
AUXILIARES E NOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM 163

João Bosco Feitosa dos Santos, José de Freitas Uchoa
e José Meneleu Neto

4 - FORMAÇÃO

TENDÊNCIAS DO SISTEMA EDUCATIVO NO BRASIL:
MEDICINA, ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA 183

Ana Luiza Stiebler Vieira, Ana Claudia Pinheiro Garcia, Antenor Amâncio
Filho, Célia Regina Pierantoni, Clarice Aparecida Ferraz, Eliane dos Santos
Oliveira, Janete Rodrigues da Silva Nakao, Sérgio Pacheco de Oliveira,
Silvana Martins Mishima, Tania França e Thereza Christina Varella

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE:
UMA ANÁLISE A PARTIR DO CENSO ESCOLAR 2002 203
Júlio César França Lima, Luciane Velasque, Mônica Vieira,
Renata Reis, Rita Elisabeth da Rocha Sório e
Valdemar de Almeida Rodrigues

RESIDÊNCIA MÉDICA: PRIORIDADES DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE QUE DETERMINAM
A DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS 223
Adriana Rosa Linhares Carro, Aniara Nascimento Corrêa Araújo,
Nosor Orlando de Oliveira Filho e Paulo Henrique D`Ângelo Seixas

REDE DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE:
OS NÓS CONSTITUINTES DA INTEGRALIDADE
EM SAÚDE 237
Maria Ysabel Barros Bellini, Décio Ignácio Angnes
e Suzane de Mendonça e Silva

Presentación 257

1 - INTRODUCTORIO

OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
EN LAS AMÉRICAS 1999-2004: LECCIONES APRENDIDAS Y
EXPECTATIVAS PARA EL FUTURO 261
Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos,
OPS/OMS

HISTORIA, SALUD Y RECURSOS HUMANOS:
ANÁLISIS E PERSPECTIVAS 273
Gilberto Hochman, Paula Xavier dos Santos
y Fernando Pires-Alves

2 - GESTIÓN

RECURSOS HUMANOS Y GESTIÓN DEL TRABAJO
EN SALUD: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA 287

Célia Regina Pierantoni, Thereza Christina Varella
y Tania França

ASISTENCIA DOMICILIARIA - INSTRUMENTO PARA
POTENCIALIZAR PROCESOS DE TRABAJO EN
LA ASISTENCIA Y FORMACIÓN 307

Maria José Bistafa Pereira, Silvana Martins Mishima,
Cinira Magali Fortuna, Silvia Matumoto, Rafaela Azenha Teixeira,
Clarice Aparecida Ferraz, Janete Rodrigues da Silva Nakao,
Marcia Regina Antonietto da Costa Melo y Maria Luiza Anselmi

3 - MERCADO DE TRABAJO Y EMPLEO EN SALUD

LÍMITES CRÍTICOS DE LAS NOCIONES DE PRECARIEDAD
Y DESPRECARIZACIÓN DEL TRABAJO EN LA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA 319

Roberto Passos Nogueira, Solange Baraldi
y Valdemar de Almeida Rodrigues

PRECARIZACIÓN DEL TRABAJO DEL AGENTE COMUNITARIO
DE SALUD: UN DESAFÍO PARA LA GESTIÓN DEL SUS 343

Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar
y Vicente de Paula Fernandes

CONFIGURACIONES DEL MERCADO DE TRABAJO DE LOS
ASALARIADOS DE LA SALUD EN BRASIL 361

Sábado Nicolau Girardi, Cristiana Leite Carvalho,
João Batista Girardi Jr. y Jackson Freire Araújo

EL MÉDICO Y EL MERCADO DE TRABAJO EN SALUD EN BRASIL:
REVISANDO CONCEPTOS Y CAMBIOS 379

Rômulo Maciel Filho y Célia Regina Pierantoni

PRECARIZACIÓN DEL TRABAJO DE NIVEL TÉCNICO
EN SALUD EN EL NORDESTE: UN ENFOQUE EN LAS
CATEGORÍAS DE AUXILIAR Y TÉCNICO DE
ENFERMERÍA 403

João Bosco Feitosa dos Santos, José de Freitas Uchoa
y José Meneleu Neto

4 - FORMACIÓN

TENDENCIAS DEL SISTEMA EDUCATIVO EN BRASIL:
MEDICINA, ENFERMERÍA Y ODONTOLOGÍA 423

Ana Luiza Stiebler Vieira, Ana Claudia Pinheiro Garcia,
Antenor Amâncio Filho, Célia Regina Pierantoni, Clarice Aparecida
Ferraz, Eliane dos Santos Oliveira, Janete Rodrigues da Silva Nakao,
Sérgio Pacheco de Oliveira, Silvana Martins Mishima, Tania França y
Thereza Christina Varella

EDUCACIÓN PROFESIONAL EN SALUD:
UN ANÁLISIS A PARTIR DEL CENSO ESCOLAR 2002 445

Júlio César França Lima, Luciane Velasque, Mônica Vieira,
Renata Reis, Rita Elisabeth da Rocha Sório
y Valdemar de Almeida Rodrigues

RESIDENCIA MÉDICA: PRIORIDADES DEL SISTEMA ÚNICO
DE SALUD DETERMINANTES EN LA DISTRIBUCIÓN
DE PLAZAS 465

Adriana Rosa Linhares Carro, Aniara Nascimento Corrêa Araújo,
Nosor Orlando de Oliveira Filho y Paulo Henrique D' Ângelo Seixas

RED DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD:
LOS NUDOS CONSTITUYENTES DE LA INTEGRALIDAD
EN SALUD 481

Maria Ysabel Barros Bellini, Décio Ignácio Angnes
y Suzane de Mendonça e Silva

Desde 1999, o Brasil tem investido na experiência inovadora, e de sucesso, de construção de uma Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Rorehs), constituída por um conjunto de instituições de pesquisa e assistência que busca contribuir para superar os desafios da consolidação e do fortalecimento do SUS naquilo que se refere ao trabalho em saúde e à formação dos trabalhadores desse setor.

Este segundo volume de Estudos e análises contém parte da produção das estações de trabalho dessa Rede de Observatórios no período recente. Revela a perenidade de um esforço de cooperação que, dois anos atrás, lançou o primeiro volume desta publicação, demonstrando a capacidade e a qualidade da comunidade de pesquisadores e estudiosos sobre o tema no Brasil.

A Rorehs, coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, com a cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde, tem como objetivo produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área de recursos humanos de saúde no país, facilitando melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais dessa área. Além disso, a rede contribui para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmica e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde. Atualmente, com treze instituições participantes, distribuídas nas diversas regiões do país, prevê-se a expansão desse número para vinte estações de trabalho até o final de 2005.

O desenvolvimento e o aprimoramento dessa rede são de fundamental importância para o suprimento de informações que norteiem os processos de regulação, gestão, formação, desenvolvimento e formulação de políticas de recursos humanos em saúde no Brasil. Assim, têm sido envidados esforços para que as estações da rede contribuam decisivamente para a agenda de prioridades dos gestores do Sistema Único de Saúde, com os objetivos de:

- desenvolver estudos e metodologias para análise da implementação de políticas de saúde em seus aspectos relacionados com recursos humanos no campo da formação, da gestão, da regulação, das profissões e das ocupações;
- monitorar os aspectos demográficos, políticos e sociais da oferta e da demanda da força de trabalho do setor (das profissões e das ocupações de saúde);
- analisar e orientar o desenvolvimento das estratégias e das metodologias de formação e capacitação de recursos humanos em saúde;
- acompanhar as relações de trabalho e emprego no setor saúde;
- desenvolver estudos, metodologias e indicadores que possibilitem a avaliação da eficiência, da eficácia e da efetividade do trabalho em saúde;
- fomentar o desenvolvimento de mecanismos de gerência da força de trabalho, especialmente nos aspectos relativos à contratação, à remuneração e aos incentivos;
- acompanhar as demandas da regulação do exercício profissional e das ocupações na área da saúde;
- desenvolver estudos e análises sobre as políticas de recursos humanos em saúde no Brasil;
- subsidiar as ações das diferentes esferas de governo (ou no âmbito destas) que busquem a elaboração de agendas de interesses em questões de recursos humanos para a saúde, na perspectiva da eficiência, da eficácia e da efetividade da atenção à saúde.

A situação dos recursos humanos em saúde varia entre os países da Região das Américas, mas há problemas de natureza semelhante em todos eles, como os desequilíbrios na disponibilidade, na composição e na distribuição da força de trabalho, combinados com a deterioração das condições de trabalho, a precariedade dos sistemas de incentivo e a falta de estratégias adequadas de educação permanente dos trabalhadores. A concretização de acordos internacionais relacionados ao direito à saúde e, precipuamente, a operação das políticas correspondente em cada país exigem o tratamento dessas questões de forma prioritária e em caráter de urgência.

O Observatório de Recursos Humanos em Saúde nos países da Região das Américas, iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde desencadeada formalmente em 1999 em reunião realizada em Santiago do Chile, aponta nessa direção. Seu objetivo é apoiar a cooperação de atores

institucionais mediante redes voltadas para o desenvolvimento e a difusão de conhecimento sobre a situação de recursos humanos de saúde. Essa iniciativa encontrou boa guarida nos Estados-membros da Organização, já incluindo a participação de 21 países.

Ao realizar o lançamento desta publicação durante o 6º Seminário Internacional dos Observatórios de Recursos Humanos, realizado em Brasília com patrocínio da OPAS e do Ministério da Saúde do Brasil, a expectativa dos organizadores do livro é divulgar informações e análises de interesse para uma extensa gama de atores da política nacional de saúde, que necessitam conhecer mais e melhor as características dos processos de gestão do trabalho, de regulação das profissões e da educação dos trabalhadores de saúde no Brasil. Igualmente, espera-se ampliar a difusão e o intercâmbio de informações e análises, contribuindo para o debate com um maior número de interlocutores em outros países da América Latina, razão pela qual foi providenciada a edição em português e em espanhol.

Pedro Miguel dos Santos Neto

José Paranaguá de Santana

Observatório de Recursos Humanos em Saúde nas Américas — 1999-2004: lições aprendidas e expectativas para o futuro

Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos, OPAS/OMS

Introdução

Em resposta a necessidades dos países nos anos 1990, a OPAS iniciou um programa integral de ação para fortalecer a função coordenadora das autoridades sanitárias a fim de produzir e difundir conhecimento e instrumentos que conduzissem a melhores políticas, regulamentos, administração e educação de recursos humanos na área da saúde. Uma iniciativa chave foi a criação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, lançado em 1999. Em 2001, o 43º Conselho Diretor da OPAS aprovou a Resolução CD43.R6, instando os Estados-membros a "participar ativamente da iniciativa Observatório de Recursos Humanos, facilitando a criação de grupos intersetoriais e interinstitucionais em cada país para analisar a situação, gerar informações essenciais e formular propostas sobre política de recursos humanos, regulamentação e administração".


Neste capítulo, faz-se um esforço para atualizar e descrever as realizações e as lições aprendidas pelos grupos do Observatório nos países, bem como a cooperação da OPAS nesse sentido. Ao mesmo tempo, procura levar a atenção dos atores setoriais para a necessidade de políticas sólidas de recursos humanos como um meio crucial para alcançar as metas de Saúde para Todos e enfrentar os desafios formulados nas Metas de Desenvolvimento do Milênio em nossa Região.

Desenvolvimento de recursos humanos em saúde: problemas e desafios em um ambiente complexo e em mutação rápida

Um sério desafio enfrentado pela maioria dos países em nossa Região é a superposição de problemas persistentes e desafios emergentes. A combinação de ambos leva a cenários em que problemas acumulados de sistemas

tradicionais continuam sem solução, enquanto surgem novos desafios como resultado de reformas setoriais, sendo ambos afetados pela dinâmica de um contexto global em mutação (Quadro 1).

Quadro 1 – Problemas e desafios superpostos

Problemas persistentes		Desafios emergentes
Desequilíbrios na disponibilidade, na composição e na distribuição da força de trabalho	 <p data-bbox="565 746 668 824">Nova combinação</p>	Mudanças gerenciais – descentralização, administração pública e importância dos processos administrativos
Administração e avaliação insuficientes do desempenho da força de trabalho		Maior flexibilidade nas condições de trabalho e ênfase no enfoque de equipe
Falta de sistemas de incentivo para qualidade e produtividade		Preocupações com competências, produtividade, qualidade e credenciamento
Fragmentação de processos de trabalho		Melhor recrutamento e práticas de retenção
Treinamento inadequado, centralizado e de impacto duvidoso		Complexidade da coexistência de regimes de trabalho diversos para categorias ocupacionais semelhantes
Motivação deficiente, absenteísmo e baixa taxa de participação de trabalhadores em postos de tomada de decisão		Atenção ao estado de saúde, direitos e obrigações dos trabalhadores de saúde
Regulamentos e normas inflexíveis e retrógrados		Migrações internacionais e maior mobilidade dos trabalhadores
Persistência de desigualdades por motivo de gênero		Demandas sociais de condições de trabalho mais equitativas
Falta de coordenação no planejamento entre saúde e setores educacionais		Aumentos descontrolados das ofertas educacionais pelo setor privado

Historicamente, podem-se identificar agendas superpostas no desenvolvimento de políticas de recursos humanos nos países da Região. A agenda "velha" corresponde a questões geradas por um modelo de relações de trabalho estáveis e protegidas, baseadas em carreiras de toda a vida, e caracterizou-se pela persistência de práticas burocráticas tradicionais em muitos Ministérios da Saúde, com ênfase em processos em lugar de resultados. Uma agenda posterior, associada à era de reformas setoriais, correspondendo a um novo modelo regulamentar, caracterizou-se pela flexibilidade do trabalho e das condições de trabalho. Os processos de reforma estavam com frequência embutidos em agendas de reforma do governo destinadas a melhorar a eficiência, a equidade e a qualidade dos serviços públicos em geral. Em muitos casos, contudo, essas reformas na realidade concentravam-se no objetivo macroeconômico de reduzir custos operacionais do governo e diminuir déficits orçamentários. Além disso, a execução de alguns processos de reforma, como descentralização ou introdução de sistemas novos de incentivos, ocupou grande parte da atenção dos gerentes de recursos humanos e dos formuladores de políticas, deixando uma margem ainda menor para abordar deficiências anteriores, inclusive a necessidade de fortalecer sistemas de informações sanitárias.

Mais recentemente, têm surgido novos desafios como resultado das mudanças no contexto global e nas condições de trabalho decorrentes de acordos regionais e de livre comércio. Portanto, os desafios atuais incluem assuntos relacionados com recrutamento e retenção da força de trabalho de saúde, problemas com mobilidade profissional, migrações, escassez de pessoal de saúde, preocupações com qualidade, produtividade e credenciamento, entre outros aspectos. Essas novas questões trazem pressões adicionais, frequentemente de solução impossível apenas no nível nacional.

Muitos países estão sofrendo escassez de recursos humanos qualificados tanto em termos de categorias profissionais, como enfermeiros profissionais, como de áreas de competência, como epidemiologia, economia sanitária e gerontologia. Isso talvez se deva à escassez absoluta de pessoal de saúde ou à limitada capacidade para melhorar as aptidões da força de trabalho existente, ou seja conseqüência da intensificação do recrutamento e da migração internacional de pessoal capacitado. Um caso ilustrativo seria a escassez de enfermeiros atual e projetada no Canadá e nos Estados Unidos. No Canadá, prevê-se uma escassez de mais de 60 mil enfermeiros nos próximos seis a sete anos em conseqüência da falta de novos candidatos e do envelhecimento geral da força existente de enfermeiros. Um relatório da

Canadian Nurses Association, Planning for the future, nursing human resources projections (2002), indica: "Haverá déficit de 78 mil enfermeiros registrados em 201 e 113 mil em 2016". Nos Estados Unidos, há uma insuficiência atual superior a 100 mil enfermeiros, e prevê-se que a escassez vai continuar.

A evidência dos países da América Latina e Caribe indica desequilíbrios persistentes no desdobramento e na composição da força de trabalho. As disparidades geográficas são comuns entre centros urbanos com alta densidade demográfica e zonas rurais ou esparsamente povoadas. Na Argentina, o número de médicos *per capita* é dez vezes maior em Buenos Aires que na Terra do Fogo, enquanto no Paraguai o número de enfermeiros *per capita* em Assunção é cerca de cinco vezes superior ao do resto do país. No Uruguai, Montevidéu tem 45% da população e 80% dos médicos do país. Os desequilíbrios na combinação das aptidões são igualmente generalizados. No Brasil, os médicos constituem 66% dos profissionais da saúde; na República Dominicana, há oito médicos para cada enfermeiro; e no Uruguai, 66% dos médicos são especialistas.

Uma área que precisa ser mais analisada é a contribuição crucial do setor informal para a provisão de serviços de saúde no âmbito comunitário. Há um crescente reconhecimento do papel desempenhado pelos indivíduos na forma de autocuidado, e pelas famílias, especialmente mulheres, no cuidado familiar, embora pouco tenha sido documentado nesse sentido. Dispõe-se de informação limitada sobre a magnitude do atendimento proporcionado por parteiras e curadores tradicionais, para mencionar apenas duas categorias de agentes de saúde não tradicionais. É preciso desenvolver maneiras inovadoras de captar a disponibilidade e a contribuição desses recursos humanos na provisão do atendimento, e a informação deve ser incorporada ao conjunto de dados básicos sobre a força de trabalho nacional.

As lacunas na coleta de dados e as limitações das fontes de dados são entraves nos esforços para atacar essas questões. Em geral, os dados são coletados em fontes existentes, como cadastros de pessoal dos Ministérios da Saúde e instituições de previdência social, registros de matrícula e formatura das universidades, censos e pesquisas domiciliares, registros de associações profissionais e sindicatos, bem como estatísticas hospitalares e de outros serviços de saúde. Em três países (Argentina, Equador e Paraguai), há dados gerais sobre a força de trabalho de saúde proporcionados pelo serviço de estatística ou por pesquisas que visam especificamente ao pessoal de saúde. Os grandes tipos de informação incluídos são o número, o tipo e a distribuição territorial dos profissionais da saúde e as tendências principais no

treinamento dos novos profissionais (profissão, especialidade, gênero e distribuição territorial). Em geral, exigem-se esforços adicionais para organizar e manter os conjuntos de dados.

A resposta da OPAS: o Observatório de Recursos Humanos em Saúde nas Américas

O Observatório de Recursos Humanos em Saúde nas Américas é uma iniciativa cooperativa entre os países que visa produzir informações e conhecimento para melhorar a formulação de políticas para recursos humanos e contribuir para o desenvolvimento de recursos humanos no setor saúde mediante o compartilhamento de experiências entre países. O Observatório conseguiu esse objetivo promovendo formas inovadoras de usar as informações disponíveis sem tentar substituir sistemas existentes de informações ou criar outros.

O trabalho dos Observatórios é feito por intermédio de grupos nacionais constituídos por autoridades sanitárias, grandes universidades e associações profissionais que se unem para participar de discussões sobre políticas baseadas nos dados disponíveis. A função principal dos grupos nacionais do Observatório é monitorar tendências que repercutam na tarefa de definir políticas de recursos humanos como agenda comum com a sociedade para alinhar prioridades e valores da agenda de reforma com as preocupações dos interessados diretos, levando em consideração a evidência disponível sobre as necessidades da população. A experiência indica como a criação de um cenário de discussão de políticas no qual vários interessados diretos têm de considerar prioridades diante de fatos adversos pode ser um poderoso instrumento para definir agendas e conferir aos recursos humanos a relevância necessária para integrá-los em políticas sanitárias nacionais e em processos de planejamento.

A fim de facilitar esse trabalho, criou-se um conjunto de dados básicos para organizar as informações coletadas de várias fontes. As diferentes áreas de informação que constituem esse conjunto de dados são: a) qualidade de trabalho e regimes de trabalho; b) educação e treinamento profissional para a força de trabalho de saúde; c) produtividade e qualidade dos serviços; d) governança e controvérsias trabalhistas no setor saúde. Os dados sobre essas áreas são recolhidos, analisados e divulgados e servem de base para desenvolver políticas e fortalecer a função de administração das autoridades sanitárias nacionais.

A função dos grupos nacionais do Observatório é convocar e mobilizar os interessados diretos relevantes, identificar fontes de informação, priorizar as questões principais e formar consenso acerca de intervenções de políticas. A função da OPAS é ajudar na compilação de dados básicos nas quatro áreas de informação mencionadas anteriormente, contribuir para a análise e para comparações de tendências entre países, prestar apoio institucional aos grupos do Observatório e fazer recomendações baseadas em dados apresentados. O Observatório também promove e fortalece a função e a capacidade do Ministério da Saúde, e a presença e a função desse ministério contribuem de forma significativa para o trabalho de grupos nacionais do Observatório.

Realizações do Observatório de Recursos Humanos em Saúde nos Processos de Políticas e Regulamentação nas Américas

O Observatório começou com um núcleo de nove países em 1999. Outros países que partilhavam as mesmas preocupações se associaram à medida que a iniciativa se tornava conhecida. Atualmente, são 21 os países no Observatório que são membros da rede regional¹ e trocam informações e experiências entre si.

Desde a implementação do Observatório, produziram-se três manuais metodológicos em nível regional para melhorar a análise dos recursos humanos e otimizar o uso das fontes existentes.^{2,3,4} De modo semelhante, em vários países da Região têm-se produzido estudos de dados básicos que correspondem às publicações do Observatório em 2001 (Argentina, Costa Rica e El Salvador) e 2002 (Bolívia e El Salvador). No Brasil, produziram-se documentos do Observatório atualmente disponíveis na Internet. Na Jamaica e na Bolívia, o Ministério da Saúde tornou sua base de dados eletrônica

¹ A partir de janeiro de 2004, Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Lúcia, Uruguai e Venezuela.

² DAL POZ, M.; VARELLA, T. Guia de metodologias para análise de sistemas de remuneração e incentivos dos recursos humanos do setor saúde. *Relaciones laborales en el sector de salud*. Serie Observatorio de Recursos Humanos, Quito, agosto de 2000.

³ GALIN, P. Guía para optimizar la utilización de la información disponible sobre empleo en el sector de salud. *Relaciones laborales en el sector de salud*. Serie Observatorio de Recursos Humanos, Quito, agosto de 2000.

⁴ NOVICK, M. Guía metodológica para el análisis de las colectivas de relaciones de trabajo en el sector de salud. *Relaciones laborales en el sector de salud*. Serie Observatorio de Recursos Humanos, Quito, agosto de 2000.

acessível ao Observatório. Na República Dominicana e no Paraguai, há documentos em elaboração. Além disso, realizaram-se cinco reuniões regionais e conseguiu-se um mapeamento de peritos com a criação de um banco de dados de peritos identificados. Conexões de páginas na Internet foram estabelecidas em todos os países-membros da rede, bem como com o Observatório central.

Existem na Região muitos exemplos específicos de experiências de êxito associadas ao trabalho do Observatório:

- No Brasil, a iniciativa permitiu abrigar vários estudos e grupos acadêmicos dentro do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, seguindo uma estrutura predefinida e padronizada de nodos especializados de uma rede nacional. Por sua vez, essa solução ajudou a difusão de informações, ao tornar esses estudos e seus resultados facilmente acessíveis pela Internet.
- O México elaborou uma metodologia nacional de planejamento de recursos humanos, em um esforço de cooperação com seus estados federais, associações profissionais e universidades. Essa metodologia está agora na fase de detectar brechas entre a transição epidemiológica e demográfica e o perfil, o número e a distribuição do treinamento de profissionais médicos.
- El Salvador é um caso em que a iniciativa impulsionou a ação de uma organização não governamental (ONG), o Grupo Interinstitucional sobre o Desenvolvimento de Recursos Humanos (Gidrhush), o qual uniu os esforços do Ministério da Saúde Pública e Assistência Social e as principais universidades para uma melhor integração do treinamento e dos serviços. Essa ONG foi transformada num grupo de estudos de políticas de recursos humanos e é agora o grupo designado para tratar de questões de recursos humanos na Comissão de Reforma.
- O Grupo do Observatório do Equador foi designado como um órgão assessor formal do Conselho de Saúde Nacional, responsável por recolher o consenso em políticas sanitárias. O Grupo de Observatório (Conarhush: Comitê Nacional de Recursos Humanos em Saúde) coletou uma grande base de dados sobre treinamento e emprego, que está atualmente na Internet à disposição da comunidade acadêmica e dos formuladores de políticas locais.
- Argentina, Brasil, Cuba e Peru incluíram o Observatório como atividade regular de suas unidades de recursos humanos, dando caráter oficial aos grupos nacionais.

O Observatório recebe apoio financeiro e técnico de várias fontes. Entre os mecanismos de financiamento, figuram acordos de compartilhamento entre a sede da OPAS e as Representações da OPAS/OMS e locais de reunião, em produtos ou serviços, como publicações, bem como apoio direto do governo dos países. Além disso, o Organismo Norueguês para Desenvolvimento e Cooperação (Norad), mediante apoio financeiro, contribuiu para o intercâmbio de experiências nacionais implementadas pela rede. Em termos de apoio técnico, beneficiaram a iniciativa os estreitos vínculos desenvolvidos com a OMS e a Organização Internacional do Trabalho.

Lições aprendidas com a implementação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Embora a iniciativa do Observatório, por meio de suas diferentes expressões – cooperação técnica direta, publicações, cooperação entre países e fóruns internacionais e nacionais –, tenha contribuído para aumentar a visibilidade de questões de recursos humanos, o grau com que atinge eficazmente os resultados pretendidos e seu impacto no nível da elaboração de políticas e em termos de estratégias do setor saúde variam extraordinariamente de um país para outro e com o passar do tempo.

- As transições de autoridades costumam ser freqüentes e rápidas nos níveis políticos dos países da Região, levando à instabilidade institucional, e podem ser consideradas um obstáculo à continuidade do processo de política sanitária de recursos humanos. Por outro lado, também se deve reconhecer que o trabalho interinstitucional dos grupos de observatório ajudou a manter o tema dos recursos humanos na agenda política entre administrações do governo e a manter continuidade em políticas e intervenções.
- Há ainda dificuldades para defender a necessidade de informação para formulação de políticas sobre questões delicadas, como a regulamentação de profissões ou a redistribuição da força de trabalho da saúde. Em muitos casos, os interesses de corporações profissionais ou os prazos do processo de reforma não proporcionam o clima apropriado a discussões baseadas na evidência apresentada.
- Não obstante, com o uso de métodos participativos para facilitar o diálogo social e a formação do consenso, conseguiram-se muitos avanços na preparação de documentos de política em muitos países na Região (Bolívia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Nicarágua, Peru e Santa Lúcia) e no desenvolvimento de normas e regulamentos nas

áreas de treinamento e emprego (Argentina, Brasil, México, Paraguai e República Dominicana).

- A experiência dos países mostra a necessidade de integrar interessados diretos relevantes, como universidades e associações profissionais, e de colaborar com os Ministérios da Educação de modos mais ativos e permanentes para aumentar a sustentabilidade do trabalho de política que emana do Observatório de Recursos Humanos em Saúde.

Expectativas para o futuro

A experiência desenvolvida pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde na Região das Américas revelou-se uma maneira eficaz de defender a importância das questões de recursos humanos. Espera-se que os recursos humanos em saúde venham a desempenhar uma função cada vez mais importante nos anos vindouros e que esse enfoque proativo do desenvolvimento dos recursos humanos seja acompanhado por mudanças na formulação de políticas do setor saúde.

O Observatório efetuou contribuições importantes para sustentar a relevância dos recursos humanos na agenda política ampla e está numa boa posição para aproveitar a cooperação intersetorial a fim de conseguir uma força de trabalho capacitada e motivada, além de saudável e sustentável – equilibrada na composição dos profissionais da saúde, equitativamente distribuída e equipada para corresponder às necessidades de saúde da população e aos desafios do sistema de saúde.

Uma função vital do Observatório diz respeito à produção e à difusão de informações nacionais, bem como à consolidação e ao intercâmbio de informações e experiências entre países, por meio de uma metodologia comum. Esse processo pode ser fortalecido ao concentrar-se em compilação, distribuição e utilização de dados mais eficazes, montando um conjunto de dados básicos válido, confiável, que se possa usar para análise comparativa, estudos de tendências e finalidades de previsão.

A repercussão potencial do Observatório repousa em grande parte na liderança eficaz dos Ministérios da Saúde, estabelecendo uma agenda para o desenvolvimento de recursos humanos no contexto maior das políticas do sistema de saúde e promovendo a participação ativa de interessados diretos relevantes em todas as fases do processo de formulação de políticas. A OPAS pode desempenhar uma função importante apoiando essa liderança,

mediante seu compromisso para fortalecer o papel coordenador dos Ministérios da Saúde, a capacidade das unidades de recursos humanos e uma maior institucionalização das diferentes funções do Observatório.

Entre as grandes estratégias do Observatório, figuram proporcionar uma estrutura abrangente para o planejamento dos recursos humanos baseado nas melhores evidências disponíveis; formular agendas nacionais e regionais flexíveis e relevantes para o ambiente de formulação de políticas; e reunir interessados diretos institucionais diversos nos Estados-membros para diálogos de política em publicações importantes para o desenvolvimento de recursos humanos.

As questões prioritárias para a discussão no Observatório são identificadas por grupos baseados no país que constituem o foco principal da iniciativa. Esse mecanismo é um promissor local de reunião para pôr constantemente em dia a agenda interpaises de temas pertinentes e interessantes, como desigualdades na distribuição do pessoal de saúde, migração internacional de trabalhadores da saúde, evolução da flexibilidade do trabalho na força de trabalho da saúde e aumento da capacidade institucional para políticas de recursos humanos.

Uma perspectiva provável para os próximos anos seria a organização de fóruns regionais ou sub-regionais regulares de política sanitária, reuniões de estruturas assessoras e outros eventos de formação de redes. Essas atividades podem ajudar a fomentar associações colaborativas e um senso de responsabilidade social coletiva entre ministérios pertinentes, associações profissionais, instituições educacionais e organizações internacionais.

A experiência mostrou que a colaboração com o setor da educação, inclusive os Ministérios da Educação, é tão necessária como desejável. Isso é particularmente importante para abordar questões como competências e perfis dos recursos humanos em saúde, inclusive o treinamento, a pesquisa e a aprendizagem de toda a vida para distintos profissionais da saúde, bem como qualidade, certificação e assuntos de credenciamento.

Há sinais crescentes de que o alcance das atividades do Observatório pode ser ampliado para tratar de desafios de recursos humanos emergentes. Entre estes figuram fatores de força do trabalho críticos para a estratégia de atendimento primário à saúde e a prestação de serviços essenciais de saúde pública e também para atender a epidemias emergentes como HIV/Aids. Outro grupo de preocupações estaria relacionado com a área de proteção dos trabalhadores e as condições de trabalho.

Desde a implementação do Observatório, houve uma expansão do processo de formulação de políticas entre os Estados-membros e melhorias em sua capacidade institucional de participar desse processo. Isso pode ser demonstrado por novos casos de capacidade institucional fortalecida, pelo aumento no número de países que participam da rede, pelas atividades de formulação de políticas da empresa e pelos países com uma base de dados de recursos humanos na página do Observatório na Internet. Definições mais claras de estratégias de avaliação podem ser empreendidas para documentar o progresso futuro.

Prevê-se a intensificação e a ampliação das atividades do Observatório em toda a Região. Isso poderia incluir a incorporação de novos membros, especialmente países onde atualmente falta formular planos nacionais de recursos humanos; a formação de associações com outras comunidades definidas, como a Secretaria da Comunidade do Caribe (Caricom), para intervenções de políticas cooperativas em questões de recursos humanos; esforços de canalização para implementar o Observatório em todos os países prioritários para a OPAS.

História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas

Gilberto Hochman, Paula Xavier dos Santos e Fernando Pires-Alves

A partir da última década do século XX, historiadores e profissionais e gestores de saúde de vários países têm crescentemente se interrogado e perguntado uns aos outros – muitas vezes por razões distintas e divergentes – sobre a oportunidade, o sentido e a necessidade de incorporação da história no campo da saúde coletiva. Importantes periódicos científicos e profissionais desse campo passaram a dedicar espaço para essas reflexões e inquietações, criando seções específicas e permanentes dedicadas à história da saúde e da medicina. Instituições governamentais, internacionais e multilaterais, tais como a OPAS e a Fundação Rockefeller, começam a incorporar a história como elemento constitutivo da política de saúde. Como sabemos, esse não é um fenômeno novo. Ao contrário, ele está nas origens do que se convencionou chamar de medicina social, porém sua intensidade parece apontar para uma potencial renovação das relações entre história e saúde, em especial com o crescimento do envolvimento dos historiadores profissionais com a temática da saúde e da doença.

Em 1997, os historiadores norte-americanos Elizabeth Fee e Theodore Brown publicaram um editorial na *American Journal of Public Health* com um provocativo título: Por que história? Três anos depois, na prestigiosa *Lancet*, um outro artigo da historiadora inglesa Virgínia Berridge (2000) instiga-nos com a seguinte pergunta: História na saúde pública, quem precisa? Ambos os artigos, ao discutirem o tema da história no coração do campo da saúde e da pesquisa biomédica no mundo anglo-saxão, levantam questões que são expansíveis para o contexto brasileiro e latino-americano. Em primeiro lugar, os autores recusam o papel exclusivamente comemorativo da história, ainda que indiquem que celebrar e relembrar são partes da reflexão sobre as políticas e as práticas. Nesse sentido, as datas podem ser catalisadores de análises sobre processos históricos específicos que podem, para além do conhecimento

em si mesmo, produzir identidades profissionais, compreender o presente, indicar sentidos, supor direções e revelar possibilidades sobre os caminhos das políticas, ainda que historiadores profissionais tendam a recusar a idéia de simples aprendizado com a história. Por meio do "alargamento" do olhar sobre o passado, a história potencializaria a compreensão de processos sociais e culturais e mostraria alternativas de mudanças nesses processos. A vantagem da história no debate sobre medicina baseada em evidências, sugere Berridge, seria justamente sua capacidade de formular questões mais amplas, que outros não farão. Em segundo lugar, a análise histórica também possibilitaria a compreensão contextual e sociológica das políticas de saúde evitando visões conspiratórias, instrumentais e acusatórias. Em terceiro lugar, os autores desses artigos chamam a atenção para as diferentes culturas nas quais profissionais e pesquisadores da saúde pública e historiadores são educados e treinados, podendo ser tanto fator de afastamento como de aproximação. No campo da história, tem prevalecido o método qualitativo; de modo inverso, é crescente a presença dos métodos quantitativos no campo da saúde. Neste último, o rigor científico seria valorado pela objetividade e pela capacidade de generalização e precisão científica, porém, para a história, não haveria superioridade *a priori* de qualquer metodologia, além de uma valorização da subjetividade e dos complexos sentidos culturais e contextuais dos fatos sociais. Em quarto lugar, especialmente Fee e Brown indicam a característica cética e desconfiada que move o historiador em suas pesquisas que contrasta com a ação dos profissionais da saúde que necessitam dar respostas no presente aos problemas apresentados cotidianamente, sempre na possibilidade de com isso produzir o futuro. A aproximação dos dois campos seria vantajosa não apenas para a saúde pública, mas também para os historiadores, que são confrontados com novos temas, metodologias, problemas e alternativas que requalificam suas interpretações históricas. Portanto, historiadores e profissionais de saúde podem ser parceiros na produção do conhecimento e na formulação das políticas.

O objetivo deste artigo é apresentar de modo ensaístico análises históricas no campo da saúde no ambiente latino-americano e suas potencialidades para as políticas de gestão do trabalho e formação de recursos humanos em saúde no Brasil e para uma agenda de trabalho e reflexão no âmbito da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde.

Abordagens em história da saúde em uma perspectiva latino-americana

Em nosso continente, uma crescente literatura tem se proposto a dar conta das complexas vicissitudes que, no mundo moderno e periférico da América Latina e Caribe, têm determinado os processos saúde-doença e os de medicalização, suas especificidades e contradições e também suas limitações. Desde a década de 1980, historiadores, demógrafos, sociólogos, antropólogos, cientistas políticos e críticos culturais têm interpelado esse processo a partir de múltiplas filiações intelectuais, buscando na doença e na saúde um modo de organizar aspectos relevantes da experiência histórica dos países de nosso continente. Análises que, entre outras, têm permitido descortinar especificidades locais, refletir sobre aspectos comuns, argüir o modo de inserção de cada país nos contextos científicos e médico-sanitários regionais e internacionais e indagar sobre o lugar da saúde, da medicina e da enfermidade em nossas sociedades e na construção de identidades nacionais, étnicas, raciais, geracionais e de gênero. Essas interrogações vêm produzindo reavaliações tanto dessa história como dos conteúdos da modernidade latino-americana e caribenha e do próprio significado de seu caráter periférico e da própria idéia de periferia.¹

Esse dinâmico processo de renovação historiográfica não tem sido o mesmo em todas as partes da Região. No Brasil, sem dúvida, esse campo de análise histórica está em franco processo de consolidação, capaz de oferecer não apenas periódicos científicos especializados, mas também mestrados e doutorados nesse campo específico, assim como se faz presente nas linhas de pesquisa, nos periódicos e nos programas de pós-graduação das áreas de história, ciências sociais e de saúde coletiva. Na América hispânica, o quadro também é de crescimento, ainda que mais lento, e se vem adensando a comunidade de latino-americanistas voltada para o tema nos Estados Unidos e na Europa. Em qualquer dos países, novos grupos de trabalho, investigações individuais, encontros científicos e uma crescente e instigante produção acadêmica e editorial indicam que os estudos históricos sobre a saúde e a doença se estão afirmando como um campo com identidade própria e definida.

¹ Outros resultados recentes são Armus (2002 e 2003), os vários fascículos do periódico *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, em particular o suplemento de 2002 (v. 9) dedicado ao tema. Revistas como *Asclépio* e *Dynamis* também têm publicado artigos e fascículos dedicados ao tema história das ciências, com ênfase na biomedicina e na saúde na América Latina. O livro organizado por Marcos Cueto (1996) é certamente uma referência.

Esse processo é um dos responsáveis pela introdução do tema da enfermidade, até recentemente ausente na agenda da história social e cultural latino-americana. E, no campo da história da medicina, ele tem questionado a história tradicional da medicina – grandes médicos, grandes idéias e grandes descobertas – e a compreensão de que a história das enfermidades e da biomedicina na América Latina e Caribe seja exclusivamente a da doença e da medicina tropical, passando a enfocar também os agravos, as doenças e os problemas médico-sanitários associados aos processos de urbanização, industrialização e modernização.

O conjunto dessa produção histórica renovada que se debruça sobre os temas da saúde e da doença, e da qual participam latino-americanos e latino-americanistas, pode ser apresentado como uma espécie de mosaico de enfoques, estilos, objetos e narrativas. Esse mosaico, composto de elementos tão diversos, está unificado por múltiplas suspeitas e inúmeras desconfianças: das fronteiras rígidas entre a história e outras disciplinas das ciências humanas; do determinismo biológico e de quaisquer outros determinismos; da assunção *a priori* dos benefícios ou malefícios das ações dos médicos e da própria medicina; dos modelos teóricos e conceituais que interpretam eventos e processos antes de qualquer pesquisa histórica; da utilização pouco reflexiva das fontes e dos documentos; da transformação dos enunciados de intenções dos atores em suas ações e realizações; das generalizações continentais de experiências locais; da ausência de mediações concretas entre micro e macroprocessos sociais; da reificação de conceitos; das reconstruções históricas política e ideologicamente interessadas; dos argumentos teleológicos; das interpretações conspiratórias ou triunfantes da ciência e da medicina; de uma visão homogênea das modernidades latino-americanas; da assunção do caráter excepcional dessa história da saúde e da doença na América Latina ou, ao contrário, de sua diluição em uma história do mundo periférico, ou mesmo de sua subordinação à história dos centros hegemônicos.

De modo similar ao que vem ocorrendo em outras latitudes, essa historiografia pode ser organizada em três estilos narrativos que, de algum modo, buscam romper com a tradicional história da medicina.² Em primeiro lugar, uma história biomédica que se propõe a compreender as tensões entre a história natural da doença e algumas dimensões de seu impacto social e as relações entre natureza e sociedade, que busca contextualizar o saber médico e que explora as transformações, os desafios, as ambigüidades, as irregula-

² Para uma detalhada discussão e extensa revisão bibliográfica desses estilos narrativos, ver Armus (2003).

ridades e os fracassos que marcam a produção do conhecimento científico, especificamente o conhecimento biomédico, e que também analisa as redes individuais e institucionais, os intercâmbios internacionais, as comunidades científicas, a construção do lugar dos cientistas, dos médicos e da medicina nas sociedades modernas e as possibilidades de se fazer ciência distante dos centros mais dinâmicos. A produção latino-americana tem enfatizado as histórias das instituições, das sociedades, dos congressos e das associações científicas.³ Parte dessa produção é, muitas vezes, portadora da tensão de analisar tanto a dinâmica da produção científica sobre os trópicos e suas doenças quanto a produção científica na periferia. São recorrentes em sua agenda discussão, por vezes com um viés nacionalista e afirmativo, investigações sobre as condições, as possibilidades e os caminhos de uma ciência nacional, suas relações externas e seu reconhecimento internacional.

Esse estilo dialoga fortemente com a agenda geral da história das ciências, em especial nas linhagens inauguradas por Robert K. Merton (1970) e Thomas Kuhn (1975) e, recentemente, com os chamados Estudos Sociais da Ciência, que no Brasil têm tido forte influência sobre essa produção com a publicação em português dos trabalhos de Bruno Latour (2000) e a redescoberta de Ludwik Fleck (1986). Também enfoca atores, agendas e problemas esquecidos, desqualificados e derrotados que ficaram à margem da tradicional história da medicina. Portanto, é uma história que alarga o entendimento do que vem a ser ciência e medicina e desafia uma história tradicional enaltecida, e generalizante, de grandes biografias e das permanentes e inevitáveis vitórias da medicina e da razão sobre a doença e o obscurantismo.

Um segundo estilo diz respeito a uma história da saúde pública que focaliza o poder, o Estado, as políticas, as instituições e os profissionais de saúde, o impacto das intervenções sanitárias nas tendências das taxas de morbidade e mortalidade e as respostas públicas e sociais à chamada transição epidemiológica. Está particularmente atenta às relações entre instituições de saúde e estruturas econômicas, sociais e políticas. Por vezes, quando associada ao campo profissional da saúde pública, essa história se compreende, e é apropriada como útil, normativa e instrumental. Nessa chave, esse estilo historiográfico busca no passado indicações gerais, não específicas, que possam corrigir e otimizar as intervenções contemporâneas da medicina

³ Para um balanço recente sobre a historiografia das instituições científicas no Brasil, ver, por exemplo, Dantes (2001). Para a história das ciências na América Latina, ver Figueróla (2000).

em assuntos de saúde coletiva. Essa apropriação instrumental deriva de uma narrativa histórica que concede protagonismo e centralidade aos médicos e aos sanitaristas, percebidos como atores inerentemente progressistas. Ela compromete a medicina social já em suas origens, com a melhoria, e mesmo a transformação, das condições de saúde e de vida dos pobres, em uma clara influência de uma compreensão do caráter reformista da idéia de medicina social em sua gênese histórica consagrada, entre outros, por Henry Sigerist (Fee e Brown, 1997) e George Rosen (1980).

Também nesse estilo narrativo é forte a perspectiva estruturalista, com ou sem viés marxista, na qual a história da saúde é compreendida como parte da dinâmica do capitalismo em nossa Região, caracterizado como dependente e subdesenvolvido, e também explicada tanto pelos interesses imperiais como pelos interesses das elites nacionais subordinadas, vis-à-vis os interesses mais amplos dos pobres, dos excluídos e das classes subalternas. Nesse caso, saúde e doença seriam epifenômenos das relações de produção, e o binômio acumulação-reprodução é incriminado pelas péssimas condições de vida da população e pelo precário estado sanitário dos países da Região. A análise dos impactos dos processos de industrialização e urbanização em condições periféricas faz parte da agenda desse recorte historiográfico. Não obstante, para um conjunto de seus praticantes, os estudos das respostas locais e nacionais aos problemas de saúde, a montagem e a modernização de infra-estruturas sanitárias e a redução da mortalidade indicariam avanços em saúde pública em nível nacional ou local em alguns casos, apesar da condição subordinada e periférica da América Latina e Caribe. Por outro lado, um segmento da diversa literatura que configura esse estilo tem indicado ausências, obstáculos e impossibilidades nas respostas da medicina pública aos problemas sanitários.

Seja qual for sua filiação intelectual mais específica, esse estilo tem estado vinculado a um ânimo reformista e democratizante. A presença de parte dessas perspectivas históricas no campo da saúde pública e da medicina social é, em especial no Brasil, derivada da forte influência dos trabalhos de George Rosen (1980; 1994), de Juan César Garcia (Nunes, 1989) e de várias análises econômicas da saúde de orientação marxista ou neomarxista. Também nos anos 1980, parte dessas interpretações sobre o papel dos médicos e da medicina estatal foi influenciada pela ampla circulação dos trabalhos de Antônio Gramsci, em particular sobre os intelectuais, a cultura, o poder e a hegemonia. Mais recentemente, o corporativismo de Estado como mecanismo de intermediação e organização de interesses em algumas

experiências latino-americanas tem sido explorado por vários analistas influenciados por Schmitter (1974) como importante elemento elucidativo da dinâmica das políticas públicas de saúde e assistência e das organizações profissionais e sua relação com o Estado.

Por último, e de certo mais recentemente, há uma história sociocultural da doença que discute a medicina como um terreno incerto no qual a dimensão biomédica está penetrada tanto pela subjetividade humana como pelos fatos objetivos. Com forte influência da antropologia e dos estudos culturais, investiga os processos de profissionalização e burocratização; as relações entre medicina, conhecimento e poder; as dimensões culturais e sociais da doença em sentido amplo, suas representações e metáforas sociais; as condições de vida e seus efeitos na morbidade e na mortalidade; as respostas estatais e sociais às epidemias; o higienismo como ciência e a higiene como cultura, as práticas e os praticantes de curas e "outras medicinas"; as instituições e os instrumentos de controle social; as influências externas e os intercâmbios internacionais no desenvolvimento médico-sanitário nacional e local; as políticas de saúde, as ideologias e os processos mais amplos de construção dos Estados nacionais. É esse estilo que tem sido freqüentado pela produção universitária em história social e história cultural que toma a saúde e a doença como objetos de pesquisa e reflexão.

Nas análises das dimensões socioculturais da enfermidade, tem ocupado lugar de destaque a produção crítica sobre os discursos médicos e sobre os usos metafóricos da doença para analisar dimensões não biomédicas. Nessa chave analítica, a medicina é compreendida como um arsenal de recursos normalizadores constitutivos da modernidade, e seus discursos seriam esforços de racionalização que, tendo desenvolvido conhecimentos e linguagens disciplinares particulares, estariam destinados a controlar os indivíduos e seus corpos. Na América Latina, essas análises estiveram, e ainda estão, muito associadas ao marco interpretativo de Michel Foucault, principalmente no que diz respeito à medicalização da sociedade com ênfase na história da loucura, da psiquiatria, seus saberes, práticas e instituições.⁴ No Brasil, onde os trabalhos de Foucault foram rapidamente traduzidos para o português e obtiveram larga audiência (por exemplo, Foucault, 1977; 1978; 1979), essa história foi produzida à luz dos movimentos políticos e sociais que desde os anos de 1970 lutam pela reforma psiquiátrica, pelo fim dos

⁴ Cabe citar o influente trabalho de Roberto Machado e colaboradores (1978) como paradigmático dessa utilização da obra de Michel Foucault no Brasil.

manicômios e pelos direitos dos doentes. Essa história também instrumentou uma crítica contemporânea à medicina alopática hegemônica e o movimento de revalorização da homeopatia e de práticas alternativas de cura como objeto de pesquisa e como serviços complementares nos sistemas assistenciais. Essa leitura acabou, muitas vezes, atribuindo um sinal intrinsecamente negativo, ou no mínimo desconfiado, ao papel dos médicos, da medicina e de suas instituições, diametralmente oposta à influência de Rosen citada anteriormente.⁵ O argumento foucaultiano no campo das análises históricas sobre medicina, doença e saúde tem sido alvo de severas críticas no Brasil e na América Latina, em especial sua estrutura teleológica, sua pouca densidade no uso das fontes e na pesquisa histórica, a reificação de conceitos, e mesmo seu maniqueísmo analítico (Carvalho e Lima, 1992; Edler, 1998; Campos, 2000). Uma perspectiva pós-foucaultiana, tanto no Brasil como na América Latina, tem buscado incorporar essas críticas e renovar seu rendimento analítico no campo da história dos saberes "psi", nas análises sobre as relações entre medicina e poder, nas abordagens antropológicas e dos estudos culturais sobre corpo, sexualidade, reprodução, doença e adoecimento, com impactos relevantes na própria história social e cultural como campo de conhecimento.

No campo das análises sobre a formação profissional em saúde, também podemos perceber a influência desse estilo em seu viés foucaultiano. Parte dos programas de saúde coletiva e medicina social foi criada em um ambiente institucional no qual se fazia presente a crítica ao poder disciplinador e vigilante do conhecimento biomédico e das instituições médicas e sanitárias. Portanto, as propostas de reforma do ensino médico e também das instituições biomédicas tiveram essa influência dessa crítica. A própria revista *Educación Médica y Salud*, da Organização Pan-Americana da Saúde, publicou com frequência traduções de textos de Michel Foucault no âmbito dos debates sobre a reforma do ensino médico. Assim, qualquer investigação histórica sobre ensino, formação profissional e gestão do trabalho precisa considerar essa influência, ainda que se proponha a abordá-la com outro estilo narrativo.

⁵ Essa interpretação das influências de Foucault e Rosen na historiografia da saúde é sugerida por Dorothy Porter (1994).

Saúde e doença em perspectiva histórica: temas e possibilidades

Apesar de suas diferentes ênfases, objetos e estilos narrativos, o conjunto da produção historiográfica que se debruça sobre saúde e doença na América Latina parte de três entendimentos fundamentais que se entrecruzam: que a saúde e a enfermidade são algo mais que fenômenos biológicos; de que em torno dos cuidados, dos mecanismos de controle e das curas estão dimensões relevantes da história da saúde e da doença na América Latina e Caribe; e que o processo saúde-doença diz respeito não apenas à salubridade ou à insalubridade de nossos países, mas é revelador, constituinte e formador de aspectos cruciais da modernidade e da história social, política, intelectual e cultural latino-americana.

Em primeiro lugar, partem da convicção de que saúde e doença não são apenas a ausência ou a presença de patógenos e que a doença existe a partir de uma espécie de negociação e acordo entre múltiplos atores, que resulta em sua nomeação como entidade patológica específica, passível de ser reconhecida e diagnosticada, e esse evento biossocial – sua nomeação – é motivador de ações de saúde pública ou privada específicas com profundas conseqüências na vida social. É um processo coletivo de atribuição de sentido, cognitivo e social, a um evento biológico.⁶ Diferentes espaços geográficos, períodos históricos, grupos sociais e indivíduos produzem seus próprios meios de definir a etiologia, a transmissão, a terapêutica e os sentidos de uma doença. Assim, também é um processo político, social e culturalmente contingente a transformação de uma doença ou evento biológico em um problema de saúde pública.

Essas definições – marcadas por tensões, disputas e conflitos – refletem não apenas as mudanças no conhecimento e na tecnologia médica, mas também influências mais amplas, tais como crenças religiosas, divisões de gênero, nacionalidade, etnicidade, estrutura de classes, sistemas políticos e responsabilidades estatais. Portanto, para uma história renovada, a doença não pode ser analisada fora de uma moldura social que ao mesmo tempo a circunscreve como também é por ela estruturada.⁷ Porém, também concordam que não é tarefa simples, nem do ponto de vista conceitual nem de sua aplicação empírica, a associação entre fatores socioculturais e os conteúdos

⁶ No início da década de 1990, Charles Rosenberg (1992) discutiu com notável perspicácia essas novidades.

⁷ A noção de moldura (*frame*) e a distinção analítica entre doença como moldura (*disease as frame*) e a construção da doença (*framing disease*) está em Rosenberg (1992).

do conhecimento acerca dos processos biológicos que caracterizam as doenças.

Quanto às dimensões do cuidar, controlar, curar, elas não devem ser entendidas como compostas unicamente de relações unidirecionais, imutáveis e verticais de poder estabelecidas como sucessivos pares de subordinações hierárquicas, tais como, por exemplo, médicos/doentes, médicos/enfermeiras, enfermeiras/parteias, enfermeiras/doentes, etc. Desse modo, múltiplas vozes, instituições e interesses aparecem e se entrecruzam nas experiências históricas aqui narradas e analisadas, traçando percursos variados com resultados diversos. Se a medicalização de nossas sociedades implicou relações intrinsecamente hierárquicas e disciplinadoras, e com subordinações múltiplas, a produção de conhecimento, as estratégias de controle, os atos de cuidar e as práticas de cura portam também dissonâncias, insubordinações, contestações, negociações, consensos, diluições, ambigüidades, recriações e positividades. Assim, a assunção da assimetria de poder nas relações historicamente instituídas nessas dimensões é o ponto de partida das análises, não sua conclusão. Em seu conjunto, a produção recente descortina um leque polifônico no qual as interações entre indivíduos, grupos, instituições e governos sobre os sentidos da saúde, da doença e dos ciclos de vida questionam fronteiras, adquirem múltiplas direções e podem ter resultados distintos, não antecipados, divergentes, mutáveis e culturalmente contingentes, a depender de cada contexto histórico e nacional específico.

Por último, a doença e a saúde como objetos nessas dimensões são também recursos analíticos para se abordar dilemas e questões cruciais da história e das sociedades latino-americanas e caribenhas: o papel do Estado na produção do bem-estar da população; as possibilidades e os modos de inserção da América Latina no mundo moderno e civilizado; as relações com os demais latino-americanos e com os americanos do norte; os padrões de políticas públicas em diferentes ordenamentos constitucionais e políticos; a constituição de movimentos e ideologias nacionalistas; os processos de construção de autoridade pública, de centralização, burocratização e profissionalização; os possíveis arranjos institucionais das ciências; os impactos do autoritarismo e as possibilidades de uma ordem democrática; o papel dos intelectuais e do pensamento científico e a dinâmica das relações raciais. Em especial, a questão que perpassa parte das narrativas são os desafios e as tensões do controle, da incorporação e da integração de vastos contingentes populacionais, de imigrantes e de grupos sociais e étnicos. De modo mais direto, o desafio da construção de uma identidade nacional diante

de múltiplos recortes identificadores em meio a sociedades em geral caracterizadas pela desigualdade, pela pobreza e pela miscigenação e com marcas históricas de colonialismo, violência e escravidão.

A natureza tropical com suas facetas infernais e paradisíacas, a urbe moderna e suas mazelas e esperanças, a doença e suas marcas, o corpo doente e seus fluidos, a morte e os mortos, as crises epidêmicas, as endemias onipresentes e as promessas e possibilidades de sanidade e salubridade, desafiaram historicamente de modo radical intelectuais, elites dirigentes, médicos e cientistas a refletir sobre esses problemas e sobre como cuidar, controlar e curar esses "estranhos": combinações múltiplas entre doentes, pobres, indígenas, imigrantes, negros, camponeses, pardos e mulheres. O empreendimento de definir, organizar e integrar hierarquicamente os "outros" por meio da secularização, da medicalização e da metaforização, quase sempre em uma moldura racialista, é parte central dos esforços de construção de identidades nacionais, o "nós", e da identidade dos próprios intelectuais e do seu lugar no mundo periférico. A análise desses esforços de imaginação social e de interpretação de nossas sociedades é componente ativo do processo de construção simbólica e material da nação na América Latina e Caribe a partir do eixo saúde-doença.

Considerações finais

A história como instrumento de conhecimento, reconhecimento e de reflexão crítica tem estado presente no campo da saúde desde seus primórdios. A agenda internacional hoje reforça essa presença, expressa pela reivindicação manifestada tanto por parte dos historiadores quanto dos profissionais da saúde, de um encontro mais ativo da história com a saúde visando à compreensão do presente e do futuro das reformas dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento. Ao dissertar sobre o passado, analisar processos no tempo e no espaço, contextualizá-los inserindo saúde e doença na sociedade e na cultura, historiadores podem informar sobre práticas passadas, iluminar opções, possibilitar comparações. Essa crescente reivindicação explícita o entendimento de que a história, ao narrar e interpretar processos de saúde e doença em contextos temporais e espaciais específicos, constitui, interpela e transforma o próprio objeto com impactos sobre as compreensões dos atores individuais e coletivos, sobre as identidades profissionais e sua formação, sobre o funcionamento das instituições e sobre as políticas.

A história da saúde e da medicina é uma atividade essencial tanto para a história social como para a saúde pública em nossa Região e pode ser um tema transversal que perpassa as questões da área de recursos humanos em saúde, aproximando grupos profissionais de historiadores e profissionais da saúde como elemento enriquecedor tanto do processo de investigação histórica como sobre as análises contemporâneas sobre recursos humanos e gestão do trabalho. Para a saúde pública, os estudos históricos podem servir para produzir identidade, compromisso e compreensão tanto da origem e da evolução dos problemas que enfrenta assim como da complexidade dos processos de negociação, fragmentação e descontinuidade que se produzem no fenômeno saúde-doença. É uma história que pode contribuir para incorporar uma perspectiva social de longa duração na formação e nas atividades dos profissionais de saúde, transcendendo a formação biomédica tradicional e eventualmente oferecendo sugestões sobre os principais desafios e sobre as perspectivas da saúde coletiva e da medicina social na América Latina e Caribe. A própria agenda sanitária latino-americana mais recente também deve ser alvo das análises históricas em todos os seus aspectos, destacando-se as políticas sanitárias nacionais, as campanhas de controle e erradicação de doenças, o papel dos organismos internacionais e intergovernamentais, a atenção primária da saúde, a promoção da saúde, a chamada emergência e reemergência de doenças infecto-contagiosas e as reformas do setor saúde.

No campo de recursos humanos em saúde, a qualidade do trabalho e os regimes de trabalho; a educação e o treinamento profissional; a escassez e os desequilíbrios na disponibilidade, na composição, na distribuição, na produtividade e na qualidade dos serviços; a governança e as controvérsias trabalhistas no setor saúde são temáticas específicas que devem ser incorporadas na agenda dos historiadores envolvidos com saúde coletiva. O desafio da estação de trabalho História e Saúde na Rorhes será refletir, a partir de seu enfoque disciplinar, sobre conformação de desequilíbrios na disponibilidade, na composição e na distribuição da força de trabalho em saúde, enfrentados pelos países das Américas, e contribuir para uma maior consciência da integração dos RHs, no desenvolvimento participativo de políticas.

Referências bibliográficas

- ARMUS, Diego. Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción. In: ARMUS, Diego (Ed.). *Entre médicos y curandeiros*. Cultura, historia y enfermedad em la América Latina moderna. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002. p. 11-25.
- ARMUS, Diego. Disease in historiography of Modern Latin America. In: ARMUS, Diego (Ed.). *Disease in the history of modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham: Duke University Press, 2003. p.1-24.
- COELHO, Edmundo Campos. *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- CARVALHO, Maria Alice R. de; LIMA, Nísia Trindade. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In: FLEYRY, Sonia (Org.). *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 117-142.
- DANTES, Maria Amélia M. Introdução. In: DANTES, Maria Amélia M. (Org.). *Espaços da ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- CUETO, Marcos (Ed.). *Salud, cultura y sociedad em América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Organização Pan-Americana da Saúde, 1996.
- EDLER, Flávio. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. *Asclépio – Revista de Historia da Medicina y de la ciência*, vol. L (2), 1998.
- FEE, Elisabeth; BROWN, T. (Eds.). *Making medical history: The life and times of Henry E. Sigerist*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.
- FIGUERÔA, Silvia F. de M. (Org.). *Um olhar sobre o passado: história das ciências na América Latina*. Campinas: Editora da Unicamp/Imprensa Oficial, 2000.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Rio de Janeiro: Vozes, 1977.
- _____. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FLECK, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
- KUHN, Thomas. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Unesp, 2000.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MERTON, Robert K. *Sociologia, teoria e estrutura*. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1970.

NUNES, Everardo Duarte (Org.). *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

PORTER, Dorothy. Introduction. In: PORTER, Dorothy (Ed.). *The history of public health and the modern State*. Amsterdam: GA Rodopi, 1994.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social – ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

ROSENBERG, Charles. Introduction. Framing Disease: Illness, Society and History. In: ROSENBERG, Charles E.; GOLDEN, Janet (Ed.). *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press. 1992. p. XIII-XXVI.

SCHMITTER, Philippe. Still the Century of Corporatism. *World Politics*, 36 (1) January 1974. p. 85-131.

Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática

Célia Regina Pierantoni, Thereza Christina Varella e Tania França

Introdução

O processo de mundialização das economias, contrariando o ufanismo de melhoria na repartição das riquezas e de um mundo mais homogêneo, acirrou a assimetria entre os países, elevando os patamares de pobreza de um conjunto majoritário de nações que concentram dois terços da população mundial e estabelecendo novas formas de organização do Estado e de reestruturação produtiva. Essas são assentadas em três grandes eixos: novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho e da produção e novas formas de gerenciamento.

Essa globalização contornou uma nova divisão internacional do trabalho, estabelecendo uma concorrência desleal entre países centrais, semiperiféricos e periféricos.¹ As forças do mercado não operam no sentido da igualdade, mas por estímulo a padrões concorrenciais de eficiência definidos pela racionalidade do modelo econômico capitalista. Esse movimento reforça uma disponibilidade de postos de trabalho menos qualificados e mais mal remunerados nos países pobres (Pochmann, 2001):

Milton Santos (2001) considera que a pobreza decorrente da globalização assume dimensão diferenciada, ao que denomina de pobreza estrutural, de disseminação planetária, produzida pelas empresas e instituições globais.

Assim, as mudanças no mundo do trabalho apresentam reflexos significativos na organização societária e no deslocamento da centralidade

¹ POCHMANN (2001) adota esse enfoque teórico para divisão da economia mundial, bem como apresenta a listagem dos países de cada grupamento. A título de exemplo, considera países do centro capitalista: Áustria, Japão, Holanda, Estados Unidos, Inglaterra, entre outros. Países semiperiféricos: Austrália, Turquia, Portugal, Rússia, Brasil, Coreia, África do Sul, entre outros. Países periféricos: Zaire, Nigéria, Marrocos, Jamaica, Barbados, Indonésia, Peru, República Dominicana, entre outros.

do trabalho como estruturante da sociabilidade humana. O sentido do trabalho precisa ser (re)significado em sua forma contemporânea como trabalho social que se complexifica e intensifica ritmos e processos. A sociedade do capital necessita cada vez menos do trabalho estável e utiliza-se cada vez mais de formas diversificadas (Antunes, 2002).

Assim, as políticas centradas em processos de reforma, nas últimas décadas, com as proposições relacionadas com "diminuição" do Estado, perda da proteção social do trabalho e dos trabalhadores, globalização financeira com hegemonia do capital financeiro sobre o capital produtivo, agravaram a situação de empregabilidade. O Estado mínimo retira-se da esfera produtiva para cumprir melhor as funções sociais sem no entanto caminhar nessa direção, pois, além de empregar cada vez menos, agrega menos recursos para assegurar direitos adquiridos, particularmente para desempregados e excluídos.

As formas verticalizadas da gerência são substituídas por gerência horizontal, com uma diminuição das funções de chefia e a introdução de sistemas mais participativos e abertos de decisão. A motivação e o envolvimento do trabalhador com os interesses da empresa passam a incorporar a agenda da "nova administração". A "força de trabalho" é substituída pela "inteligência do trabalhador", que assume posição gerencial e de monitoramento, abdicando da sua posição de "produtor". Porém, essas formas de gerência são assumidas sem a necessária autonomia para implementação das atividades gestoras, submetidas a interesses relacionados, prioritariamente, com a ordem econômica.

Por outra via, as empresas passam a exigir novos patamares de qualificação para o trabalhador, que, para conseguir um posto de trabalho, precisa de mais escolaridade e maior polivalência: não há consenso em torno da proclamada "revalorização dos recursos humanos" decorrente do processo de modernização empresarial. Se por um lado os trabalhadores se vêem obrigados a intentar esforços adaptativos às exigências dessa nova conformação da produção, por outro um número cada vez maior de excedente de mão-de-obra encontra-se nas vias informais ou submetidas a formas precárias de trabalho.

No caso do setor saúde, a despeito da participação do pagamento de pessoal nos custos dos sistemas de saúde, causa perplexidade a histórica negligência e mesmo a ausência de políticas para RH. Tal fato pode ocorrer em razão de:

- abordagens macroeconômicas que focalizam aspectos quantitativos da força de trabalho do setor saúde, em detrimento de uma abordagem contemporânea, em nível micro, que se concentra na motivação e no desempenho;
- políticas públicas centralizadas de regulação do emprego, ditadas por setores financeiros dos governos em que as políticas setoriais estão confinadas a um papel de implementação e interpretação de diretrizes nacionais;
- não valorização do papel dos profissionais, especialmente os médicos, cuja formação enfatiza valores relacionados com autonomia e regulação profissional próprias, mais do que com metas políticas e operacionais do sistema de saúde.

Essa pauta é distinta do foco das reformas setoriais e seguramente influencia a eficiência, a eficácia e a equidade (Bach, 2003). As conseqüências do novo balanço social produzido pela dinâmica econômica e a "tranqüilidade social" estão na agenda dos debates.

Agenda global, saúde e recursos humanos

É consensual que as desigualdades na distribuição da riqueza no mundo atingiram atualmente proporções verdadeiramente alarmantes. O número de pobres é crescente e já chega a 307 milhões de pessoas no mundo. Para a Organização das Nações Unidas (ONU), o dado mais preocupante é a tendência de que esse número aumente até 2015, quando os países menos desenvolvidos poderão passar a ter 420 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza.²

O foco do trabalho de muitas agências bilaterais e multilaterais vem sendo reduzir a pobreza desses países, que se encontram com alto grau de endividamento, e alcançar um conjunto de metas internacionais de desenvolvimento. O componente **saúde**, para o alcance dessas metas, tem ocupado posição de destaque pelo consenso internacional das relações entre

² Desde 1990, um número sem paralelo de países viu seu padrão de vida decair: o cidadão médio de 46 países é mais pobre hoje do que há uma década (vinte desses países ficam na África subsahariana); em 25 países, mais pessoas estão com fome atualmente do que no começo dos anos 1990; o IDH recuou em vinte países, desses, treze ficam na África subsahariana. A expectativa de vida caiu para quarenta anos ou menos em oito países da região (Angola, República Centro-Africana, Lesoto, Moçambique, Serra Leoa, Suazilândia e Zimbábue). O principal motivo foi a pandemia de HIV-Aids. Em Botswana e na Suazilândia, pelo menos uma em cada três pessoas de 15 a 49 anos está infectada (PNUD, 2004).

pobreza, baixo crescimento econômico e péssimas condições de saúde³ (Martinez e Martineau, 2002).

Os países pobres onde as doenças transmissíveis assumem indicadores dramáticos são os que possuem baixa capacidade institucional, particularmente para implementação da política setorial. Tais países têm demonstrado recorrentes fracassos na prestação de serviços que atendam aos objetivos do setor. O planejamento e o gerenciamento de recursos humanos da saúde configuram-se como pontos nodais para o equacionamento dos profundos problemas relacionados a essa baixa capacidade.

Por outra via, as abordagens conceituais do termo **recursos humanos**⁴ sofrem uma evolução, sendo (re)significado a partir de sua definição clássica, oriunda da ciência da administração, estando subordinado à ótica de quem exerce alguma função de gerência ou de planejamento (gerência de capacidade das pessoas, assim como dos recursos materiais e financeiros com vistas a uma utilização mais racional e eficiente). Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego/desemprego, produção, renda, assalariamento e configura-se na gestão do trabalho – e da sociologia do trabalho, em um mix que envolve o trabalho, o trabalhador como "ser social" e a sociedade.

O cenário internacional aponta uma série de desafios no que se refere às questões da **gestão do trabalho**. Alguns já se acumulam ao longo dos anos, com destaques para a baixa remuneração e a motivação das equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho, desempenho e *accountability* insatisfatórios dos profissionais. Somam-se a estes desafios emergentes como a migração entre países, a baixa capacidade de preparação e fixação de recursos humanos e o impacto das epidemias na força de trabalho da saúde, resultando em absenteísmo e sobrecarga de trabalho (Martinez e Martineau, 2002). A situação é ainda agravada quando os programas de ajuda internacional, além de apontarem a necessidade do estabelecimento de políticas macroeconômicas sólidas, se referem ao quadro de recursos humanos em saúde apresentado como "risco ou pressuposto", condicionantes para a ajuda financeira e não como propósito e objetivos em nível de resultado.

³ Muitas iniciativas estão voltadas para controle de doenças transmissíveis, consideradas problemas críticos para os países pobres, prioritariamente HIV/Aids, tuberculose e malária. Somam-se a isso medidas que promovam o aumento da cobertura imunizante.

⁴ O termo "recursos humanos" é consagrado e utilizado na literatura mundial, não se referindo exclusivamente à sua conceituação clássica.

Assim, na agenda internacional diversificados atores confluem esforços para a superação dos desafios relativos às questões de RH na área da saúde, resumidos em quatro grandes objetivos:

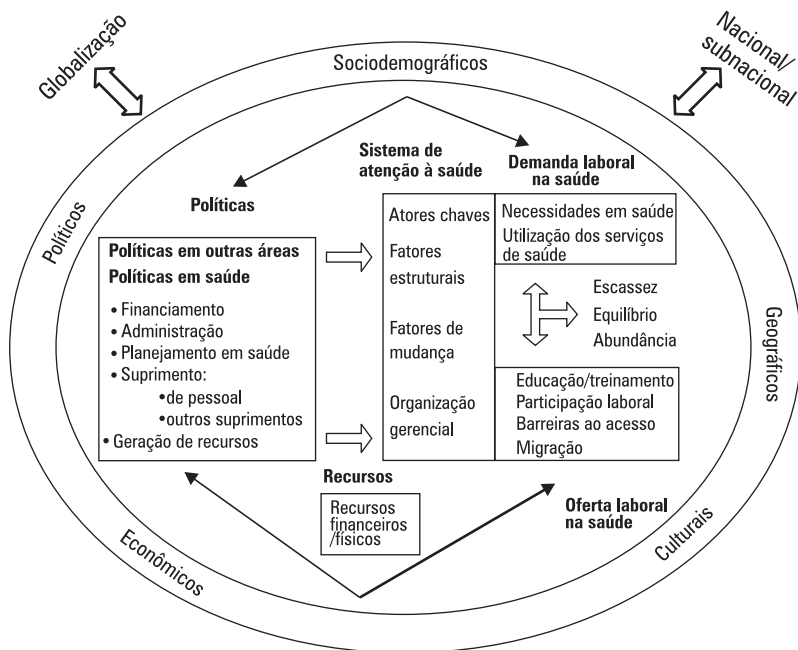
- aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa;
- garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde;
- aumentar o desempenho da equipe de profissionais diante dos objetivos definidos;
- fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta estratégias focalizadas para a área de recursos humanos a serem implementadas a curto, a médio e a longo prazos, que incluem:

- **curto:** fortalecimento de práticas gerenciais; advocacy; desenvolvimento de políticas para incentivos e fixação de recursos humanos; apoio ao treinamento em serviço; disseminação das novas práticas;
- **médio:** estudos da implementação e do impacto das políticas (custos da migração, da formação e do treinamento, da motivação e dos incentivos, das condições de trabalho); desenvolvimento de sistemas de informação de RHs;
- **longo:** fortalecimento da capacidade de formuladores de política regional e nacional; construção de infra-estrutura.

O quadro seguinte retrata e estabelece as inter-relações entre os diversos aspectos envolvidos, apontando a intersectorialidade e a complexidade das ações que envolvem as políticas de recursos humanos para a saúde (Mercer et al., 2003).

Figura 1 — Recursos humanos em saúde: aspectos estruturais



Fonte: MERCER et al. (2003). Adaptação livre.

O sistema de saúde brasileiro e recursos humanos

O setor saúde no Brasil não esteve imune às mudanças decorrentes da nova ordem de organização produtiva nem tampouco dos reflexos da reformulação do papel do Estado que não diferem das apontadas por Bach (2003) na conjuntura internacional e estão relatadas por Pierantoni (2001). Essas dão conta de aspectos relativos às dimensões estruturais (como, por exemplo, composição e distribuição da força de trabalho), regulatórias (representadas por diferentes atores e grupos de interesses na área da saúde e que envolvem sistema formador, corporações, entre outros) e gerenciais (sistemas centralizados de financiamento, legislação e trabalho entre esferas de governo).

Por outra via, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a trajetória da descentralização têm no financiamento, na responsabilidade de gestão e no pacto intergestores seu foco privilegiado. Essa descentralização prevê a organização local de estruturas político-administrativas capazes de assumir responsabilidades inerentes à gestão de

políticas públicas traduzidas em autonomia, competências e responsabilidades conferidas pela legislação e legitimadas socialmente.

Embora o princípio de comando único em cada esfera de poder federativo preveja responsabilidades e prerrogativas na formulação da política setorial para o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, condições locais estruturais e conjunturais têm conferido aspectos singulares, influenciando as modalidades de implantação e sustentabilidade do SUS. Na origem dessa *diversificação*, podem ser destacados três grandes grupos de fatores, sumarizados por Queiroz (2003) e historicamente acumulados.

No primeiro grupo, a autora destaca "a heterogeneidade geográfica, as dimensões continentais e população numerosa, irregularmente distribuída no território nacional" que influenciam perfis epidemiológicos, adaptações locais para implementação e gestão da assistência à saúde; "a heterogeneidade socioeconômica e a concentração de renda", acentuada nas últimas décadas com forte concentração de renda e reduzida capacidade distributiva – dimensões que *per se* dependem mais de ações ampliadas de desenvolvimento social e econômico incluídas em um plano marcado por diversificadas capacidades administrativas e fiscais; e "os traços particulares da organização política federativa", distribuídos por três níveis de governo (27 estados e 5.560 municípios – 77,9% deles com população abaixo de 25 mil habitantes, nos quais residem 23,7% da população total do país), com autonomia administrativa e sem vinculações hierárquicas entre si.⁵

Assim, na economia brasileira as estruturas produtivas, as relações de trabalho, as condições de vida e as possibilidades de acesso da população aos bens e aos serviços básicos caracterizam-se pelas desigualdades regionais tanto na perspectiva pessoal quanto na espacial. As regiões brasileiras, Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, no que se referem aos indicadores sociais, apontam desigualdades que podem ser evidenciadas nas informações recentes reproduzidas no Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil (RDH) (2003):

Apesar de a pobreza ter começado a cair no começo dos anos 90, isso ocorreu de modo desigual – e não tão rápido quanto o necessário para o Brasil atingir a Primeira Meta do Milênio. Segundo o RDH⁶

⁵ De acordo com dados do Banco Mundial, enquanto no Brasil a renda média dos 20% mais ricos é 25 vezes maior do que dos 20% mais pobres, em países como a Holanda e a Índia essa razão não ultrapassa 5 (Banco Mundial, 2001).

⁶ Os dados são extraídos de uma pesquisa anual do IBGE, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), que, no caso dos estados da região Norte, se limita às áreas urbanas.

2003, embora o Nordeste tenha conseguido uma redução dramática nos indicadores, a região Sul é a única que deve conseguir cortar a pobreza pela metade até 2015. O Norte do país é a única região que viu a pobreza crescer, de 36% em 1990 para 44% em 2001. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁷ da região Norte não tem evoluído o suficiente, ao contrário do que ocorreu com o IDH do Nordeste e do Sudeste, por exemplo. A região Nordeste ainda possui baixos índices de desenvolvimento humano.

Esses dados apontam que, para além do fortalecimento da capacidade gestora das três esferas de governo, é preciso desenvolver ações relativas, não somente para a **saúde**, mas também ações intersetoriais que indiquem novos patamares de desenvolvimento econômico e social, obedecendo às desigualdades e às especificidades regionais e locais.

No campo da capacidade gestora, é consensual que, a despeito de uma recente profissionalização da gestão impulsionada pela necessidade de qualificação para as novas funções, a herança conservadora e patrimonialista se contrapõe a uma administração pública profissionalizada que utilize a valorização do trabalhador, sua profissionalização com desenvolvimento de habilidades e responsabilidades, medidas de avaliação de desempenho, entre outras. Mais ainda, permanece a prática de "indicação política" e funções gestoras como de "governo" em detrimento do caráter técnico para qualificação da gestão.

No campo da gestão de RH e das relações intersetoriais, é conhecido que os trabalhadores em saúde no Brasil compõem um contingente de profissionais influenciados por diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralização próprias não regulados pela política setorial, mas diretamente afetados pela regulação estatal diversificada. Esses sistemas incluem sistema educacional e sua conformação peculiar, os sistemas administrativos centralizados em políticas gerais e ampliados para recursos humanos, no aparato jurídico-legal e legislativo que sustenta as relações de trabalho desde a regulamentação das profissões à normatização das relações de emprego, em suas mais variadas expressões (Pierantoni, 2002).

⁷ O IDH é um índice sintético composto por quatro indicadores que medem o desempenho médio dos países em três dimensões do desenvolvimento humano: "vida longa e saudável, acesso ao conhecimento e um padrão de vida decente".

Mais ainda, em um plano recente, a combinação das transformações no mundo do trabalho, por um lado, e a implementação da política setorial, que envolveu mudanças expansionistas de cobertura, com priorização da atenção básica e abertura de postos de trabalho (via implantação do Saúde da Família, no caso do Brasil), por outro, aprofundam tensões e questões preexistentes. Entre essas podemos destacar:

- desigualdades de ofertas do mercado educativo para formação profissional na área da saúde, tanto quantitativas (concentrações regionais, por exemplo) como qualitativas (proliferação desordenada de cursos em determinadas áreas de formação e dependências administrativas, práticas pedagógicas excludentes de uma visão de integralidade e de trabalho em equipe, por exemplo);
- intensificação e privilegiamento das modalidades de contratação no Sistema Único de Saúde sem amparo legal, gerando um alto índice de precarização em todo o país;
- precária estrutura e capacidade gestora tanto do setor educativo como de prestação de serviços da área da saúde, *vis-à-vis* a velocidade e a qualidade das mudanças do sistema, como, por exemplo, incremento de mecanismos de participação social, entre outros.

Gestão do trabalho: construindo capacidades nacionais e locais

A gestão do trabalho na saúde requer, em um plano, o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho e os trabalhadores em saúde. Estas, como já visto anteriormente, estão relacionadas com os processos de gestão, a configuração estrutural do setor e a construção e a retomada de mecanismos de regulação por parte do Estado a partir de algumas das características comuns no plano de recursos humanos e da gestão do trabalho observadas nas últimas décadas. Para tanto, deve partir de um pressuposto básico que defina uma agenda de trabalho como política de Estado e não de governo, envolvendo as diferentes esferas que caracterizam o Estado Nacional, visando à consolidação ampliada de mudanças mais consistentes tanto para o sistema de saúde como para o desenvolvimento da sociedade. Implica a definição e o conhecimento da capacidade gestora do trabalho em saúde com o reconhecimento de competências e instâncias de poder visando a um modelo de gestão participativo intergestores das diferentes instâncias administrativas da Federação e articulador intersetorial dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Nesses aspectos, destacam-se o modelo de financiamento setorial e os limites impostos aos níveis nacionais e subnacionais, pela legislação vigente, para gastos com contratação de trabalhadores do setor público em geral.⁸

Como pontos a serem considerados para uma agenda, em um plano mais geral, destacam-se:

- mecanismos de gestão na perspectiva da construção social envolvendo novos pactos entre usuários, profissionais e gestores referidos a parâmetros de qualidade, ética e de proteção de trabalhadores e usuários;
- política de emprego que contemple direitos sociais dos trabalhadores da saúde, tanto do setor público como do privado, definindo profissionais e sistema de promoção e de prestação de serviços na saúde via mecanismos de oferta, distribuição e fixação de trabalhadores para o sistema;
- regulação da formação, da qualificação profissional, da educação permanente, do trabalho e do exercício profissional, configurando processos que envolvam o sistema educacional, as corporações e as associações profissionais, o sistema de saúde e a sociedade.

No plano específico, é consensual que a descentralização da gestão dos serviços de saúde no país não resultou, automaticamente, na transferência de capacidade gestora para as esferas municipais. Mais ainda, potencializou problemas crônicos e desencadeou soluções e arranjos os mais diversos para que o gestor municipal, em face das demandas da política e das restrições ampliadas da esfera jurídico-legal, pudesse executar as propostas de reformulação do sistema.

No caso do Brasil, em que essa área se institucionaliza no âmbito da política nacional de saúde, via criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, a avaliação e o acompanhamento dos processos de gestão desenvolvidos nas instâncias locais e organizacionais em que, na *práxis*, esses processos estão sendo desenvolvidos, tornam-se imperativos. É fundamental identificar fragilidades e potencialidades que possam orientar tanto a definição de diretrizes políticas quanto oferecer mecanismos de apoio aos sistemas locais para implementação das políticas, com autonomia, independência e governança.

⁸ Lembramos que o setor público no Brasil é regido por lei que associa as despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações federais, estaduais e municipais, limitando o gasto a no máximo 60% da receita para os estados e os municípios e em 50% da receita líquida na esfera federal, limitando a autonomia das instituições públicas na realização de processos seletivos de pessoal conforme a necessidade do serviço. Para melhor esclarecimento sobre o assunto, ver Lei Complementar no 82 de 27 de março de 1995 – Lei Camata 1.

Estudo realizado para avaliar a capacidade gestora de municípios com mais de 100 mil habitantes⁹ possibilitou a identificação de realidades locais e a discriminação de identidades regionais e nacionais. Para tanto, além de uma abordagem tradicional, voltada apenas para o alcance de metas e resultados quantitativos, o modelo de análise dos resultados procurou estabelecer correlações entre as variáveis estabelecidas no estudo e o desempenho e as percepções dos agentes envolvidos.

As secretarias municipais de saúde (SMS) foram analisadas em uma primeira etapa no seu conjunto e posteriormente agrupadas segundo os critérios que definiam:

- instâncias locais **com** órgão específico de recursos humanos na estrutura da secretaria municipal (150);
- instâncias locais **sem** órgão específico de recursos humanos na estrutura da secretaria municipal (56);
- **SMS** localizadas nas **capitais** (24).

Dessa forma, o que se quis caracterizar com a pesquisa compõe uma seqüência de perguntas geradas que vão sendo formuladas à medida que se avança no processo de análise dos dados que abordam, entre outras:

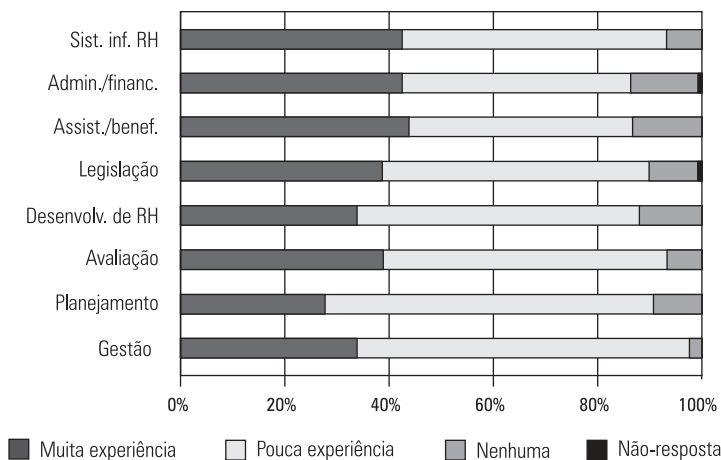
- capacidade gestora via processos de gestão e mecanismos utilizados; qualificação; poder decisório e participativo do gestor de RH.
- percepção dos gestores de RH sobre questões relativas à autonomia, à utilização de instrumentos de gestão e às formas de contratação.

Destacamos, neste texto, achados relevantes que compõem o "estado da arte" da gestão de RH em saúde e podem sinalizar intervenções de curto, médio e longo prazos para o caminho da gestão do trabalho na área.

A caracterização de "experiência" do gestor de RH, conforme apontada no gráfico a seguir, demonstrou uma tendência (herança) para capacidades relativas à "administração de pessoal" em atividades relacionadas com sistemas de controle de pagamento, benefícios, entre outras.

⁹ Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes, pesquisa realizada pela Estação de Trabalho IMS/Uerj e Nescon/UFMG da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Rorhes) 2004. O principal objetivo da pesquisa foi caracterizar a capacidade de gestão de recursos humanos das secretarias municipais de saúde como forma de subsidiar o desenvolvimento de diretrizes políticas para a área. A pesquisa foi desenvolvida em 223 municípios e 26 capitais, cuja população representa cerca de 50% da população brasileira (estimativa populacional para 2003). Desse conjunto, 206 SMS responderam ao inquérito, sendo 24 capitais. www.obsnet.ims.uerj.br.

Gráfico 1 — Avaliação da experiência/qualificação do gestor de RH. Brasil, 2004



Fonte: Rorehs/IMS-Uerj/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

O planejamento das ações de recursos humanos não está incorporado na prática dos dirigentes da área, o que pode ser observado não só pela resposta direta à pergunta (72,3% afirmam ter pouca ou nenhuma experiência), mas pela análise do conjunto dos resultados. Destaca-se aqui que a folha de pagamento se constitui na principal fonte de dados para essa atividade, causando surpresa a não-utilização, pelas SMS, de sistemas de informação de recursos humanos com aporte qualitativo. Esse cenário pode indicar a necessidade de definir políticas e adotar estratégias que possam apoiar as secretarias para o uso de sistemas de informação como ferramenta de planejamento e gestão.

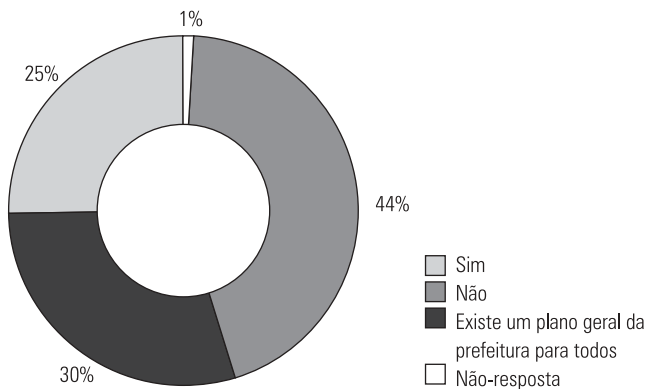
De acordo com as diretrizes políticas para a área de recursos humanos expressa na NOB/RH-SUS,¹⁰ o plano de cargos, carreira e salários (PCCS) é considerado um instrumento de ordenação do trabalho que deve ser incorporado a cada nível de gestão do SUS.

Em relação ao PCCS, dos 150 municípios que declararam estrutura de RH na SMS, cerca de 27% apontam a existência de plano específico para a saúde, e nas capitais, 54,2%. Nos municípios em que a atividade de RH é

¹⁰ A NOB/RH-SUS (Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS) faz parte de uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde para a gestão do trabalho e da educação no SUS.

centralizada na administração (56), 82,1% afirmaram possuir plano com especificidade para a saúde. Esses resultados merecem ser mais bem qualificados com relação à especificidade para a saúde, a atualidade do plano, a implantação, entre outras coisas. Por outra via, há um reconhecimento declarado em cerca de 60% das SMS dos grupamentos estudados da pertinência de utilização do PCCS como instrumento facilitador da gestão.

Gráfico 2 — Plano de cargos, carreira e salários específico para os trabalhadores da SMS. Brasil, 2004



Fonte: Rorehs/IMS-Uerj/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

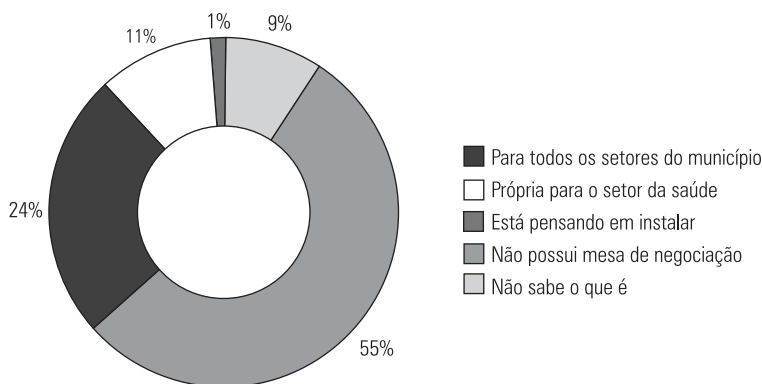
A utilização de incentivos como forma de retribuição direta ou indireta para os trabalhadores da saúde foi indicada por cerca 60% dos municípios, sendo os mais utilizados férias-prêmio, folgas e incentivos financeiros.

Há de se pensar em planos de cargos que contemplem tipos de vínculos empregatícios e formas de remuneração compatíveis com as funções típicas de carreira da saúde e promovam, entre outras, a fixação do trabalhador (incluindo uma política de incentivos) e a especificação de vínculos flexíveis e adaptáveis a condições locais e especiais, não diretamente relacionadas com o trabalho em saúde, pactuados entre trabalhadores, gestores e a sociedade.

O processo de negociação do trabalho via instalação de mesa de negociação para a saúde foi declarado em 14% dos municípios com estrutura

própria, 37,5% das capitais e em apenas um município do grupo que não possui estrutura própria na SMS. Nas capitais, 60% apontam a mesa como instrumento facilitador da gestão, junto com 48,7% e 32,1% dos segmentos com estrutura na SMS e centralizada, respectivamente.

Gráfico 3 — Mesa de negociação coletiva instalada na SMS. Brasil, 2004



Fonte: Rorehs/IMS-Uerj/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

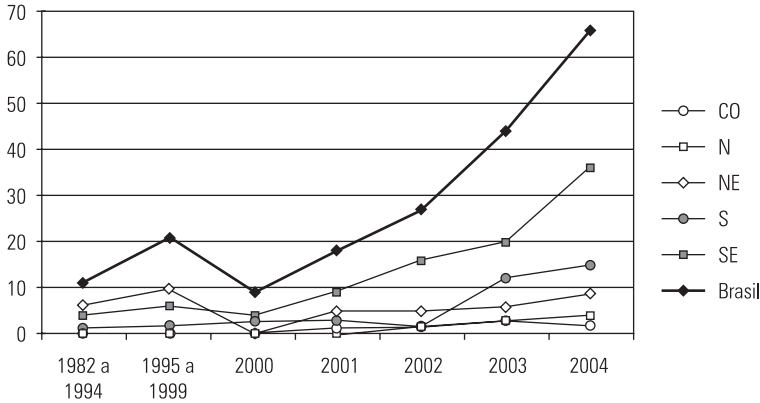
Esses achados podem dar pistas da necessidade do fortalecimento da implantação e da gestão de carreira e de mesa de negociação, informando a pertinência do estabelecimento de políticas indutivas e instrumentais para a implementação dessas formas de regulamentação e de gestão do trabalho para a saúde. As mesas de negociação permanente de trabalhadores, em especial do SUS, podem ser caracterizadas como "projeto coletivo onde a democratização das relações de trabalho na saúde surge como valor fundamental". Vêm sendo desenvolvidas com a participação, na busca do consenso, de trabalhadores, organizações sindicais, gestores das diversas instâncias da saúde, para soluções de conflitos emergentes das relações laborais (Brasil, 2004).

Os dados coletados sobre tipos de vínculo revelaram que o emprego formal e estável ainda é o predominante na saúde, variando de 85% a 95% nos grupamentos analisados; destaca-se a modalidade cooperativa nas capitais.

Este quadro é corroborado pela data de realização do último concurso público: observou-se que, a partir do ano de 2000, 80% dos gestores

entrevistados declararam ter realizado concurso público como forma de recrutamento e seleção de pessoal.

Gráfico 4 — Ano de realização do último concurso público segundo a região do país. Brasil, 2004

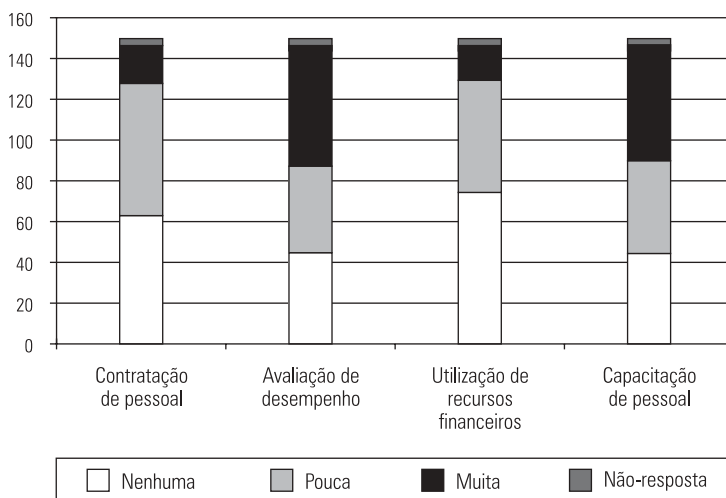


Fonte: Rorehs/IMS-Uerj/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

Os indicadores selecionados para avaliação de autonomia de gestão (contratação de pessoal, sistema de avaliação de desempenho, utilização de recursos financeiros e de processos de capacitação) demonstram que o nível de autonomia do gestor é limitado às questões relacionadas à "burocracia interna" – sistema de avaliação de desempenho e capacitação.¹¹ Para aquelas que exigem poder decisório, como utilização de recursos orçamentários e contratação de pessoal, a autonomia declarada é "muito baixa ou nenhuma".

¹¹ Nesse particular, as capacitações referem-se às promovidas pelas demandas e pelos programas do Ministério da Saúde.

Gráfico 5 — Grau de autonomia do gestor de RH das SMS. Brasil, 2004



Fonte: Rorehs/IMS-Uerj/Nescon-UFMG. Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População Superior a 100 mil Habitantes. Brasil, 2004.

Entre as questões opinativas, os gestores apontam informações diferenciadas em relação às formas de contratação de pessoal para a saúde¹² em função da natureza do serviço. As formas indiretas e mistas (dependendo da categoria ou por qualquer forma de vinculação) de contratação de pessoal podem ser apontadas como uma tendência na preferência dos gestores para hospitais e serviços especializados, não sendo observada diferença entre SMS com e sem estrutura de RH.

Nas capitais, em relação às unidades hospitalares, apenas duas assinalaram a modalidade direta/estatutária como preferencial, enquanto há predominância das contratações via formas indiretas e mistas.

Já para o PSF/atenção básica, o estudo discriminou que as formas diretas e mais estáveis de contratação se caracterizam como uma tendência na opção dos gestores. Nas capitais, entretanto, nenhum gestor assinalou as formas diretas estáveis para PSF/atenção básica; se agregássemos as afirmativas relativas às formas de vinculação indiretas e mistas, teríamos 80,9% da preferência nas citações desse grupamento.

¹² Os itens selecionados como opções foram: exclusivamente pela forma direta de vinculação como servidor estatutário; exclusivamente pela forma indireta (cooperativa/terceirizados); por meio de uma composição entre servidores estatutários, celetistas e formas indiretas de vinculação; por qualquer forma de vinculação, dependendo da categoria profissional.

Os resultados do estudo aqui destacados não esgotam todas as possibilidades de caracterizar a capacidade gestora das SMS. No entanto, os achados da pesquisa servem, seguramente, como base para definir estratégias tanto para fortalecimento de processos que envolvem a gestão do trabalho e da educação para a saúde – indicando tendências para prioridades de intervenção qualificada – como para o fornecimento de importantes subsídios para tomada de decisões por parte dos gestores do sistema de saúde brasileiro.¹³

Ademais, o traço comum observado nos três grupamentos selecionados para pesquisa remonta à fragilidade de questões mais amplas referidas com a autonomia da gestão financeira e dos processos que envolvem o trabalho (planejamento, contratação de pessoal, carreira, etc.) e a educação (desenvolvimento e aplicação de atividades de formação e de educação permanente relacionadas à operacionalização dos sistemas locais).

Considerações finais

As questões relativas ao trabalho e aos trabalhadores, em especial da área da saúde, seguramente estão na agenda mundial em aspectos tão diversos quanto os relativos ao próprio trabalhador (como exclusão, desemprego prolongado, insegurança, falta de qualificação para o trabalho) e à saúde, relacionada com condições de vida e de desenvolvimento de uma sociedade. E, mais ainda, esses "males" atemorizam e aproximam-se de países centrais, que vêem suas condições de vida e trabalho a caminho do bloco dos excluídos.

Há um consenso de que, para além de políticas pontuais, devem ser estabelecidas ações que incluam aspectos geográficos, sociodemográficos, culturais, econômicos e políticos. Ademais, ações que apontem, por um lado, para soluções focalizadas, e, por outro, para soluções intersetoriais que potencializem as políticas de RH em saúde.

É consensual também que as políticas centralizadas que discriminam financiamento e instituem o aparato jurídico legal do Estado podem apresentar distâncias ou mesmo constituir impeditivos para ações efetivas na área da saúde, favorecendo iniquidades e prejudicando as metas de qualidade e inclusão social. Assim, os critérios de financiamento calcados em avaliação qualitativa de resultados devem ser preferíveis aos que se fundamentam, exclusivamente, em bases populacionais e quantitativas.

¹³ Consultar www.obsnet.ims.uerj.br para versão integral da pesquisa.

A valorização da ciência e da tecnologia modifica o trabalho alterando produtos, processos ou a gestão, e, para além da incorporação de tecnologia armada, dos trabalhadores exigem-se novos perfis adaptativos. Estes demandam nova conformação da capacidade laboral de diversos setores da economia, ditada por tendências, às vezes contraditórias, relacionadas com a polivalência, a ausência de especialização, a capacidade de inovar, a ênfase do trabalho em equipe, a qualificação, a autonomia, a responsabilização e o desenvolvimento de habilidades cognitivas e de novas competências.

A velocidade com que esses novos perfis são demandados, aliada a proposições inovadoras aplicadas em estruturas organizacionais rígidas ou com metodologias tradicionais, faz conviver hoje formas híbridas de organização do trabalho. Assim, persistem processos de trabalho com ausência de participação efetiva dos trabalhadores, rotatividade da ocupação dos postos de trabalho, treinamentos ou especializações que visam a mudanças comportamentais e não à formação específica mais qualificada, entre outras. Por outra via, é introduzida a normalização de formas de contratos temporários, eventuais, com perda progressiva da proteção social.

O "novo" campo de atuação da **gestão do trabalho em saúde** e do gestor de RH pode ser configurado em um conjunto de atividades que envolvem: o planejamento, a captação, a distribuição e a alocação de pessoas em postos de trabalho, com a qualificação requerida e com medidas que fortaleçam a fixação desses profissionais; a oferta de possibilidades de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade; e medidas no campo da regulação do trabalho com interfaces/intermediações com as corporações profissionais, o mercado educativo e a sociedade.

Assim, a agenda para a gestão do trabalho em saúde deve incluir o fortalecimento de práticas gerenciais que busquem consensos e acordos para atender aos conflitos entre os interesses corporativos e sociais envolvidos, objetivando uma visão ampliada do direito à saúde garantido constitucionalmente, como no caso do Brasil; a incorporação da prática da avaliação como instrumento de fortalecimento e transformação tanto da própria gestão como de construção de capacidades para formulação de políticas públicas. Mais ainda, a valorização do capital humano e do conhecimento como forças produtivas e mediadoras, não só do direito à saúde, mas também de desenvolvimento social.

Referências bibliográficas

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?*. Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez Editora e Editora da Unicamp, 2002. 200p.

BACH, Stephen. Human resources and new approaches to public sector management: improving human resources management capacity. In: FERRINHO, Paulo; DALPOZ, Mário (Orgs.) *Towards a global health workforce strategy*. Genève: OMS, 2003. p. 105-146.

BANCO MUNDIAL. *World development indicators*. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Cadernos Técnicos. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Mesa de negociação permanente do SUS: democratização das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Série D. Reuniões e Conferências. 34p.

CNTSS/CUT. *Recursos humanos no SUS*. Disponível em: <http://www.cntsscut.org.br/rh.doc>. Acesso em: 26 de agosto, 2004.

MARTINEZ, Javier; MARTINEAU, Tim. *Human resources in the health sector: an international perspective*. Disponível em: <http://www.healthsystems.org>. Acesso em: 8 de agosto, 2004.

MERCER, Hugo; DALPOZ, Mário; ORVILL, Adams; STILWELL, Bárbara; JAMES, Buchan; DREECH, Norbert; PASCAL, Zurn; BEAGLEHOLE, Robert. Human resources for health: developing policy options for change. In: FERRINHO, Paulo; DALPOZ, Mário (Orgs.) *Towards a global health workforce strategy*. Genève: OMS, 2003. p. 451- 482.

PIERANTONI, Celia. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, ABRASCO 6 (2), p. 341-361, 2001.

PIERANTONI, Celia. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza (Orgs.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 609-630.

PNUD. *Brasil fica em 72º lugar no ranking do IDH*. Desenvolvimento piorou em 20 países desde 1990. Noruega segue líder; Serra Leoa é o último pelo sétimo ano. Disponível em: <http://hdr.undp.org/2004/>. Acesso em: 24 de agosto, 2004.

POCHMANN, Márcio. *O emprego na globalização. A nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002. 151p.

QUEIROZ, Lucia. Textos normativos e contextos locais: estudo de caso sobre os dilemas do processo de implantação do SUS. In: PIERANTONI, C.; MANSO, C. *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Segrekar, 2003. p. 93-131.

SANTOS, Milton. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2001. 174p.

Assistência domiciliar — instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação

Maria José Bistafa Pereira, Silvana Martins Mishima, Cinira Magali Fortuna,

Silvia Matumoto, Rafaela Azenha Teixeira, Clarice Aparecida Ferraz,

Janete Rodrigues da Silva Nakao, Marcia Regina Antonietto da Costa Melo e Maria Luiza Anselmi

A reforma sanitária brasileira, iniciada já na década de 1970, traz para o cenário das políticas de saúde, dos sistemas e dos serviços de saúde e das práticas assistenciais novas demandas e desafios que necessitam ser enfrentados e construídos no nível da macropolítica e da micropolítica. A construção de ferramentas, e sua operação cotidiana, para a produção de ações cuidadoras é um desses desafios.

Este texto buscará trazer a assistência domiciliar como uma dessas ferramentas/instrumentos que apresenta potência para que os trabalhadores e gestores revejam o significado das tecnologias utilizadas no cuidado à saúde, a partir de uma compreensão do domicílio como um espaço que se reveste de potência para a revisão das práticas assistenciais, possibilitando uma ação cuidadora sustentada pela utilização de tecnologias de relação, pela conformação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar e pela integração dos diversos serviços de saúde em torno das demandas e das necessidades apresentadas pelos usuários, possibilitando a construção de um projeto terapêutico compartilhado. Seu potencial em promover maior colaboração entre os serviços hospitalares e não hospitalares pode aumentar a possibilidade de dar continuidade e maior eficácia à assistência. A articulação entre esses serviços por meio da assistência domiciliar confere-lhe um caráter facilitador para o trabalho compartilhado e integrado em diferentes níveis de atenção. Aumenta as "chances" de diminuir as oposições e os freqüentes ataques entre os serviços hospitalares e da rede básica, permitindo, assim, um espaço privilegiado para o estabelecimento de estratégias de educação permanente, visando efetivar a integralidade da assistência ao articular o mundo do trabalho ao mundo da educação.

Resgatando conceitos

Para iniciarmos nossa abordagem sobre a temática, faz-se necessário estabelecer algumas definições habitualmente usadas na elaboração de projetos que envolvem a prestação de assistência no domicílio dos usuários ou potencialmente usuários dos serviços de saúde. Estamos falando da necessidade de esclarecer os conceitos de visita domiciliar (VD), assistência domiciliar (AD) e *home care*. Simultaneamente à conceituação, estaremos apresentando considerações das características da AD em conformação ao modelo assistencial.

- A **visita domiciliar** é tomada como um importante instrumento, entre outros, para operacionalizar parte de um programa de saúde ou parte de uma política de assistência à saúde presente em uma sociedade num dado momento histórico.

Nesse sentido, a visita domiciliar é utilizada para realizar inquéritos, cadastramentos, controle de usuários faltosos, controle de focos epidêmicos, em resumo, ações pontuais e focalizadas. Geralmente, essas ações são realizadas por um agente de saúde treinado previamente para desenvolver a atividade em foco.

Barreira (1992), em seu estudo sobre o controle da tuberculose no Brasil, no começo do século, agrupou as atividades da visita domiciliar para portadores desse agravo em funções, dentre as quais se destacam:

1. **função tática** – penetrar na intimidade do tecido social para detectar precocemente, no caso, tuberculose;
2. **função de representação** – reforçar a ordem médica e a autoridade sanitária;
3. **função de controle** – verificar o cumprimento das normas sanitárias de profilaxia da tuberculose.

- A **assistência domiciliar** caracteriza-se por desenvolver ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde do indivíduo e da família. Portanto, está prevista na AD uma equipe multidisciplinar, com atuação interdisciplinar, implicando assim a aglutinação de um conjunto de saberes para além do biológico. Essa modalidade de atenção também tem estreita relação com a organização dos serviços de saúde e, por conseguinte, com a conformação do modelo assistencial.

Dessa maneira, vamos encontrar a AD configurando-se de formas diferentes. Nos países que apresentam a organização dos serviços de saúde com características de dicotomia entre os serviços, não se tem estabelecido a continuidade da atenção entre o nível primário de atenção e os hospitais, e vice-versa; a AD ocorre seguindo essa mesma lógica – é mais um serviço prestado. Está destinada àqueles pacientes crônicos ou àqueles incluídos em algum tipo de programa, que, por suas precárias condições de saúde, requerem assistência também no domicílio, para os quais, no entanto, não estão previstos cuidados e tratamentos complexos.

Quando temos a AD implantada em um modelo de atenção em que a atenção primária à saúde é estruturante da organização do sistema de saúde, ela se caracteriza por integração, articulação e continuidade entre os serviços, possibilitando a concretização da longitudinalidade, a integralidade, a acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família.¹

A característica desse tipo de AD é pautada pela realização regular de cuidados pela equipe multidisciplinar da saúde, com atuação interdisciplinar, prestando cuidados aos problemas de ordem biológica que estiver afetando o indivíduo/familiares, mas também combinando a essa terapêutica as ações que trabalham com a dimensão subjetiva e ainda com os aspectos da dimensão da emancipação e da cidadania. Essa atenção precisa ser realizada de forma consistente ao longo do tempo, pressupondo assim a maior possibilidade do estabelecimento de uma relação de vínculo e humanizada.

Por meio da articulação e da integração entre os serviços, a equipe da atenção primária participa previamente do planejamento da alta hospitalar do paciente junto com a equipe dos profissionais do hospital, assumindo a co-responsabilidade na continuidade do tratamento no domicílio. Ou seja, estabelece-se um vínculo bastante estreito entre os profissionais da atenção primária e os do hospital. Para tanto, faz-se necessário estabelecer critérios de inclusão na atenção domiciliar bem como protocolos de seguimento, compreendidos como balizas para a construção dos projetos terapêuticos individuais, uma vez que as necessidades apresentadas por cada usuário serão sempre singulares, únicas, movidas por suas dores, sofrimentos e desejos, ou seja, pela sua subjetividade.

¹ Para melhor entendimento dessas diferentes conformações da assistência domiciliar, sugerimos consultar STARFIELD. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

- *Home care* é uma alternativa assistencial do setor saúde que consiste em uma estratégia capaz de dispensar um conjunto de cuidados médicos e de enfermagem de âmbito hospitalar, tanto em quantidade como em qualidade, a pacientes em seu domicílio, quando estes já não necessitam de infra-estrutura hospitalar, mas precisam de vigilância ativa e de assistência de maior densidade tecnológica que da atenção primária (Cotta et al., 2001). O *home care* também pode ser compreendido por cuidados semi-intensivos.

Vale destacar que além dos profissionais que estão diretamente atuando no domicílio estão envolvidos farmacêuticos, nutricionistas e os responsáveis pelo controle de materiais, medicamentos e equipamentos.

No *home care* também estão previstos o estabelecimento de critérios de inclusão, bem como protocolos de seguimento e avaliação dos serviços – protocolos de atendimento, equipe profissional especializada, recursos com densidade tecnológica adequada para cada paciente, avaliação das condições do domicílio e dos familiares para cuidar ou dispor de um cuidador nos aspectos gerais do cuidado. As características pautadas na subjetividade do usuário e do trabalhador que presta a assistência no *home care* também estão presentes e são definidoras do projeto terapêutico proposto.

Braz (2000, p. 3) alerta "...o cuidado prestado no domicílio não deve ser uma atividade movida a improvisações e informalidades".

Na internação domiciliar prevista no *home care*, uma característica fundamental é o caráter transitório. Dizendo de outra maneira, a internação domiciliar deve ter a duração limitada, estabelecida pelas circunstâncias da alta, podendo ser prevista a alta domiciliar, com perspectiva para a cura e ou a morte, (*exitus* – do latim, saída) estabilização do quadro patológico, reinternação no hospital ou transferência para o serviço de atenção primária. Caso não se trabalhe com esse caráter de transitoriedade, as inadequações de sua aplicação irão aparecer, tais como: corre-se o risco de duplicar o tratamento, já que a vigilância e o seguimento de pacientes crônicos no domicílio devem ser de responsabilidade dos serviços de atenção primária, salvo raras exceções.

Com essas considerações, são pacientes indicados para a internação domiciliar aqueles que não necessitam de toda a infra-estrutura hospitalar para o tratamento indicado, no entanto requerem cuidados que exigem uma densidade tecnológica mais elevada que a da atenção primária. São, portanto, pacientes que requerem uma equipe formada por médicos, trabalhadores de enfermagem e outros, e ainda de equipamentos tecnológicos necessários para fazer diagnóstico e prover tratamento e cuidado.

Em Cotta et al. (2001), encontramos os pacientes que têm apresentado maior frequência em internação domiciliar. São eles os portadores de:

- **processos crônicos reagudizados** (cardiopatias, síndrome da imunodeficiência adquirida, hepatopatias crônicas, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose hepática, doenças terminais);
- **pacientes em processo pós-cirúrgico** imediato de cirurgia de médio e pequeno porte, ou pós cirúrgico tardio de cirurgias de grande porte com complicações; pós-operatório de cirurgia ortopédica e traumatológica e ainda tratamento de grandes escaras;
- **pacientes em situações agudas:** pneumonias, pielonefrites, doenças vasculares e neurológicas, pacientes em nutrição parenteral e ventilação mecânica e ainda em quimioterapia e antibioticoterapia intravenosa domiciliar.

Pelo exposto, os serviços de prestação de cuidados no domicílio diferem, basicamente, em duas grandes modalidades: **internação hospitalar e atenção domiciliar desenvolvida pela equipe da atenção primária.**

Nas duas modalidades, é necessário que os trabalhadores integrantes da equipe da atenção primária e do hospital atuem de forma integrada e articulada, devendo estar adequadamente organizados e ter financiamento para prover a assistência no domicílio.

Na AD, os trabalhadores não permanecem no domicílio após realizar os cuidados. Ainda, se há a opção de disponibilizar a AD àqueles pacientes sem possibilidades terapêuticas, visando ao cuidado para o alívio da dor e de sofrimentos de outra natureza, também se espera que a equipe trabalhe com a família a eminência da separação/perda. Nessa situação, a AD é conhecida com a denominação de hópice.

Na internação domiciliar, pode-se encontrar as opções/ necessidades da permanência de pessoal de enfermagem por 6, 12, 20 e 24 horas, a depender do quadro patológico e das circunstâncias do paciente e de seus familiares.

Importância da assistência no domicílio — (re)conhecendo suas potencialidades

As transformações ocorridas na sociedade e as relações estabelecidas entre os homens e nos processos de trabalho, ou seja, na dinâmica da sociedade, geram necessidades, e particularmente na saúde temos vivido modificações nos hábitos sanitários, estamos vivenciando uma transição

demográfica que resulta no aumento da esperança de vida e, conseqüentemente, do contingente da população idosa. Ainda, as crescentes necessidades de cuidados ante as doenças infecciosas (HIV, tuberculose), como também ante as doenças crônicas não transmissíveis e as condições crônicas, têm sinalizado a necessidade da reorganização dos serviços de saúde.

A crise da saúde analisada por diversos ângulos – ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação da opinião pública – impulsiona a encontrar novas estratégias para a organização e a gestão dos serviços de saúde, com vistas a contribuir na reorientação do modelo assistencial e, ao mesmo tempo, do modelo de ensino das profissões da área de saúde e dos processos de educação permanente. Dentre essas estratégias, destacamos a atenção domiciliar e a internação domiciliar.

A Organização Mundial da Saúde tem considerado como um dos maiores desafios para os sistemas de saúde de todo o mundo o gerenciamento de condições crônicas ante as perspectivas futuras que os estudos sobre estas revelam.

A revisão da literatura permite-nos verificar na década de 1990 a adoção da assistência e da internação domiciliar num crescente significativo por diversos serviços de saúde, pautada em justificativas de diferentes ordens – mais vagas nos hospitais, redução dos riscos de infecção hospitalar, humanização do atendimento e sensível redução dos custos. Somado a essas justificativas, encontramos na literatura aqueles que defendem a implantação de serviços dessa natureza pela necessidade de promover uma maior integração e colaboração entre os serviços hospitalares e os extra-hospitalares, com vistas à construção de um novo modelo de atenção, possibilitando assim a assistência contínua e na perspectiva da integralidade.

Vem ocorrendo um aumento no número de serviços de assistência domiciliar, conforme nos informa Tavolari et al. (2000, p. 16): "Há cerca de cinco anos, havia no Brasil pouco mais de cinco empresas que faziam assistência domiciliar no setor privado [...], o número de empresas ultrapassou a marca de 180 em 1999".

Os autores referem ter hoje nos EUA "cerca de 20 mil empresas de *Home Health Care*, e, ainda no sistema a maioria dos atendimentos composto exclusivamente por cuidados de enfermagem de baixa complexidade, com pouca participação médica [...]" (Tavolari et al., 2000, p. 15).

Ainda, é fundamental se considerar a possibilidade de se obter mais satisfação e participação do usuário e de seus familiares, verificando-se uma

recuperação mais pronta do paciente em muitas enfermidades. A redução dos custos já aparece pelo próprio uso mais adequado e racional dos recursos.

Cotta et al. (2001) afirmam que a assistência domiciliar aumenta a disponibilidade de leitos hospitalares e também diminui o período de internação, sendo os custos para a internação domiciliar menores que ampliar e manter leitos em hospitais. Tavolari et al. (2000) afirmam que a assistência domiciliar permite uma redução dos custos em saúde proporcionalmente na ordem de 52% quando comparados aos da assistência hospitalar, sendo essa redução um dos grandes motivos que impulsionaram o investimento em serviços dessa natureza.

As vantagens acerca da internação domiciliar foram sistematizadas por Cotta et al. (2001) e estão assinaladas no quadro abaixo:

Quadro 1 — Vantagens da internação domiciliar

Pacientes e suas famílias	Hospital	Sistema de saúde
Melhor atenção, participação e responsabilidade	Melhor rentabilidade de seus recursos disponíveis	Incremento da eficácia e da efetividade mediante uma assistência mais humanizada
Melhor qualidade de vida, intimidade e bem-estar	Aumento em rotação e disponibilidade de camas	Uso mais eficiente dos recursos sanitários
Assistência personalizada e mais humanizada	Redução de permanências desnecessárias	Possibilidade de integrar e melhorar as relações entre os diversos níveis assistenciais
Educação para a saúde	Redução dos períodos de internações	Possibilidade de atenção: continuada, integral e multidisciplinar entre os profissionais da atenção primária
Prevenção de desinserção social e hospitalismo psíquico	Pressuposição de redução de custos	
Menor risco de iatrogenia	Possibilidade de melhorar os Serviços	

Fonte: COTTA, R. M. M.; VARELA-SUÁREZ, M. M.; GONZÁLEZ, A. L.; COTTA FILHO, J. S.; REAL, E. R.; RICÓS, A. D. La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev. Panam Salud Public*, v. 10, n. 1, p. 45-55, 2001.

Esses aspectos positivos elencados por Cotta et al. (2001) só serão viabilizados se houver um movimento dos trabalhadores de saúde, dos usuários, dos gestores e das instituições formadoras na direção de reconstruir o trabalho para além dos campos específicos de cada área profissional, ampliando o campo de atuação para a produção de cuidados.

Em estudo realizado por Pereira (2001), foi evidenciado que a assistência no domicílio tem potencialidades de promover nos trabalhadores de saúde autoquestionamentos, revisão de conceitos, ampliando a visão sobre o processo saúde-doença para além da dimensão biológica. Possibilita ainda a concretude e a visibilidade da realidade que o usuário vive e, portanto, o reconhecimento dos processos subjetivos que estão presentes na relação familiar. Ao adentrar o domicílio, os trabalhadores podem desenvolver e exercitar maior sensibilidade e percepção para as necessidades de investir em formação/educação permanente que os permita lidar melhor com a dimensão subjetiva presente nas relações estabelecidas entre os homens, principalmente com homens em seus espaços de poder, de privacidade, de maior autonomia de viver suas vidas, ou seja, ao sair do espaço conhecido e vivido dos serviços de saúde, há a chance de horizontalizar mais as relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o espaço domiciliar é potente para promover a reflexão das relações usuário/trabalhador de saúde no contexto intra-serviços de saúde e intradomiciliar. Nos serviços de saúde, na maioria das vezes, com raras exceções, o usuário é tomado como objeto, e o trabalhador hierarquicamente se coloca no topo da relação, enquanto no domicílio essa relação tende a se tornar mais horizontal e permeada por trocas de intersubjetividade, em que o usuário se coloca e é colocado como sujeito dessa relação. Vale a pena destacar que o espaço dos serviços de saúde é de domínio do trabalhador, e no domicílio, o espaço é de domínio do usuário, o que aumenta a possibilidade de reflexão dos trabalhadores em rever suas posturas.

O estabelecimento de vínculo, de uma relação mais personalizada e mais humanizada é visto como um dos atributos proporcionados pela assistência no domicílio. Diante do exposto, a humanização do atendimento na prestação de atenção à saúde confirma-se como uma das condições favoráveis para o incentivo de se investir nessa estratégia. Afirmamos que todos esses atributos aqui elencados nos permitem defender a assistência no domicílio como um dispositivo para a mudança do modelo assistencial, que, por sua vez, passa a requerer processos diferenciados/ampliados de

formação e educação permanente dos trabalhadores. Possibilita também mudar o modelo de gestão, hoje predominantemente direcionado para serviços desintegrados e organizados mais em função das características estruturais dos serviços que das necessidades da população.

Esse cenário remete à necessidade do desenvolvimento de investigações que identifiquem propostas pedagógicas que viabilizem a adequação de um novo perfil profissional às necessidades presentes.

Desafios e apostas na construção de formas diferenciadas de produzir cuidado

Continua sendo o grande desafio tanto para os formuladores das políticas de saúde como para os gestores de saúde a tarefa de construir um novo modelo assistencial, não se restringindo o atendimento às demandas da doença, mas indo além, procurando desenvolver ações que visem à integralidade da assistência e dos serviços de saúde, tendo a satisfação dos usuários como um dos indicadores de saúde. Vale ressaltar que o modelo de formação e de atenção predominante, pautado pela fragmentação do conhecimento e pela desintegração dos serviços, constitui pontos essenciais de revisão no sentido de (re)construção de um outro modo de produzir e agir em saúde.

A assistência domiciliar é tida como um dos instrumentos que permite aos trabalhadores do serviço e dos órgãos formadores apreenderem a necessidade da articulação entre os serviços por meio de diversos recursos, entre eles o de se investir na melhoria do registro e da comunicação – entre trabalhador e usuário e entre os serviços – sobre o plano terapêutico dos usuários que transitam pelos diferentes serviços que compõem o sistema de saúde.

Às instituições de ensino cabe o desafio de estabelecer estratégias no processo de formação que levem à construção de uma prática multiprofissional, interdisciplinar, humana, ética e compartilhada e possibilitem o desenvolvimento de ações cuidadoras na perspectiva da educação permanente em saúde pautadas pelo Sistema Único de Saúde.

Referências bibliográficas

BARREIRA, I. A. *A enfermeira Ananéri do país do futuro: a aventura da luta contra a tuberculose*. Rio de Janeiro, 1992. 335p. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery.

BRAZ, M. G. *Indicadores de qualidade na assistência domiciliar: uma proposta de indicadores de qualidade e desempenho*. www.pronep.com.br/cjp/indicadores.pdf. Capturado em março de 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Insuficiência cardíaca: efeito benéfico de visitas domiciliares. *Medicina. Conselho Federal*. Ano XIV, no 111, novembro 1999. p. 2.

COTTA, R. M. M.; VARELA-SUÁREZ, M. M.; GONZÁLEZ, A. L.; COTTA FILHO, J. S.; REAL, E. R.; RICÓS, A. D. La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev. Panam Salud Public*, v. 10, n. 1, p. 45-55, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Relatório Mundial. 2002.

PEREIRA, M. J. B. *O trabalho da enfermeira no Serviço de Assistência Domiciliar: potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem*. Ribeirão Preto, 2001. 256 p. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

TAVOLARI, C. E. L. *et al.* O desenvolvimento do Home Health Care no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, v. 3, n. 9, 2000.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública

Roberto Passos Nogueira,¹ Solange Baraldi e Valdemar de Almeida Rodrigues

Introdução

A noção de trabalho precário ganhou grande voga ultimamente nas discussões acerca da gestão de recursos humanos em saúde e tem sido usada sobretudo para denotar um déficit de observância de direitos trabalhistas e sociais em situações de emprego mantidas pela administração pública. Tal noção ganha hoje proeminência numa política que se dirige ao objetivo de desprecarizar o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os pressupostos de natureza jurídica envolvidos nessa discussão têm sido mais ou menos os seguintes: a) existem direitos consagrados na Constituição que se aplicam a todo trabalhador, seja do setor público, seja do privado; por exemplo, férias, décimo terceiro salário, licença maternidade, aposentadoria, etc.; b) o Estado como empregador, mais do que qualquer agente privado, deveria garantir a seus empregados esses direitos associados ao trabalho. No entanto, no SUS, uma parte substantiva da força de trabalho (que se calcula entre 30% e 50% dos empregados) não usufrui desses direitos, o que caracteriza uma situação absurda de precariedade criada e mantida pela administração pública; c) é necessária uma política de recursos humanos que promova a desprecarização desses vínculos de trabalho em todo o SUS e, portanto, sustente a plena observância dos direitos dos trabalhadores no setor.

Neste texto, queremos chamar atenção para os limites dos conceitos de precariedade e desprecarização do trabalho de acordo com os pressupostos anteriormente mencionados, realizando um esclarecimento das bases doutrinárias do trabalho na gestão pública, com base no direito administrativo e em sua atual configuração normativa, decorrentes da Constituição Federal de 1988.

¹ Os autores agradecem à jornalista Mariana Abreu Oliveira pela revisão e pelos comentários sobre o texto.

O cenário geral

Os anos 1980 e 1990 foram marcados por mudanças profundas nas formas em que o mundo do trabalho é organizado em sua estrutura, funcionamento e distribuição no espaço. Desregulamentação dos mercados de capitais e do trabalho, liberação de controles e de fronteiras para os fluxos de capitais e diminuição do poder de intervenção do Estado sobre a economia são alguns dos fenômenos mais proeminentes das décadas recentes. Por outro lado, as políticas públicas têm reconhecido que tais mudanças acarretaram conseqüências negativas para as condições de vida e de trabalho dos assalariados.

Em um contexto de elevado desemprego, acirra-se a concorrência dentro do mundo do trabalho. Em épocas anteriores, a concorrência entre os trabalhadores estava quase que circunscrita aos de menor qualificação; hoje, atinge dramaticamente os trabalhadores com elevada qualificação, tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos, o que faz com que o valor médio do trabalho caia, além de induzir a uma deterioração das formas jurídicas, ambientais, etc., sob as quais os trabalhadores exercem suas atividades.

O trabalho escravo e o trabalho servil, que reaparecem em pleno século XXI, são exemplos extremados dessa realidade geral, mas o descumprimento das normas de proteção social ao trabalho tem sido talvez o elemento mais salientado e discutido pelos analistas da área. Esse processo é mais bem evidenciado nos setores produtivos, mas também já vem sendo notado nos setores de serviços, dentre eles a saúde. Entretanto, uma das contradições evidentes no setor saúde é o fato de que a flexibilização e a precariedade do trabalho parecem manifestar-se por causa de fatores que não o maciço desemprego, na medida em que em alguns países se detecta que esse setor, tanto no segmento público quanto no privado, se comporta como um forte indutor de emprego, como é o caso do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Conceitos de informalidade e precariedade

No levantamento bibliográfico² realizado, não foi encontrada uma definição precisa para os termos precariedade e informalidade do trabalho. Alguns autores tendem a usar o termo precariedade como um eventual

² Para este trabalho de investigação, foram consultados, fichados e organizados para divulgação cinquenta documentos, que foram distinguidos em duas linhas de abordagem: Bases Normativas e Conceituais da Organização Internacional do Trabalho (23 documentos); e Bases de Interpretação Jurídica Nacional sobre Trabalho Irregular e Contrato Irregular no Setor Público (27 documentos).

sinônimo de "trabalho flexível". A expressão "trabalho flexível" parece ter sentidos diversos em função da posição teórico-política: a uns parece algo positivo, pois referir-se-ia à possibilidade de o trabalho ser diversificado, não monótono e não necessariamente envolver um pagamento menor que a média do mercado; a outros, negativo, pois abrangeria a flexibilidade jurídico-política do capital e do Estado de contratar e demitir trabalhadores sem obediência a certos direitos consagrados. No entanto, muitos autores sequer usam esses dois termos.

Três principais conceituações de precariedade e informalidade do trabalho são encontradas entre os autores:

- 1) caracteriza uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social;
- 2) decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores;
- 3) está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos.

De acordo com o primeiro recorte conceitual, a precariedade do trabalho diz respeito à situação de desproteção social do trabalho, situação em que este se realiza desprovido de certos direitos e benefícios que assistem classicamente o trabalhador. Entre tais direitos e benefícios, podem ser mencionados: a licença maternidade, as férias anuais, o décimo terceiro salário, a aposentadoria, etc., comumente assegurados pela legislação trabalhista e de seguridade social.

A segunda maneira de caracterizar a precariedade diz respeito à extensão temporal dos contratos. São às vezes classificadas como precárias as formas de contrato por tempo determinado. O caráter de precariedade diz respeito, nesses casos, não só à eventual redução da amplitude da proteção social ao trabalho, implicando um menor número de direitos e benefícios, mas também ao fato de esse tipo de contrato ter duração curta ou bem delimitada no tempo, criando um sentimento de instabilidade no trabalhador.

A terceira interpretação de precariedade/informalidade toma em consideração a instabilidade ou a vulnerabilidade da condição de emprego do trabalhador em determinados setores da economia, destacando os empregadores que mantêm menos de seis empregados. Esse é o conceito de informalidade do trabalho adotado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Nesse caso, a vulnerabilidade do trabalhador não é definida

em termos da inexistência de proteção social ou da limitada duração do contrato de trabalho, mas pelo fato de que esses empregos são facilmente destruídos pela falta de vigor e de competitividade do setor econômico que os gera.

Dois dos principais temas de grande importância nas discussões e nas convenções promovidas pela OIT estão relacionados com o item da precariedade e da irregularidade do trabalho, ou seja, trabalho decente e vulnerabilidade social do trabalhador.

O trabalho decente, segundo a OIT, está fundado em quatro pilares estratégicos: a) a promoção de emprego (como assalariado ou trabalhador por conta própria); b) que o emprego conte com adequada proteção social; c) que o emprego respeite os princípios fundamentais e os direitos no trabalho; d) que se realize com diálogo social (entendimento entre os diversos atores envolvidos).

Bases conceituais do trabalho decente segundo a OIT

A vulnerabilidade social do trabalhador é definida pela OIT como "um estado de elevada exposição a determinados riscos ou incertezas, combinado com uma capacidade diminuída para se proteger ou defender-se deles e para fazer frente a suas conseqüências negativas".

Para a OIT, é importante determinar o nível de proteção do trabalhador de acordo com sua situação no mercado de trabalho e caracterizar, desse modo, seu nível de vulnerabilidade. Os trabalhadores de alta vulnerabilidade são os dotados de escassa qualificação, que trabalham por conta própria ou trabalham em empresas com menos de seis empregados; ou ainda os que se encontram sem remuneração ou estão desempregados (ver quadro seguinte).

A tipologia proposta no Relatório do Panorama Laboral 2003 (OIT, 2003) coloca o trabalhador da administração pública como sendo de baixa vulnerabilidade, assumindo que ele conta com proteção em relação a benefícios sociais (férias, licenças, aposentadorias, etc.) e prerrogativas trabalhistas.

Para efeitos da descrição teórica da questão, a OIT focaliza os aspectos sociais e econômicos do conceito de informalidade. Considera que trabalho socialmente vulnerável é sinônimo de trabalho informal e que, em resumo, *são trabalhadores informais aqueles que têm empregos de baixa produtividade, em geral instáveis e de baixos salários, em setores marginais*. Essa é, por assim dizer, uma conceituação centrada nos aspectos econômicos (baixa produtividade e baixos salários) e sociais (incertezas e riscos).

Quadro 1 — Grau de vulnerabilidade social dos trabalhadores segundo suas condições no mercado de trabalho

Vulnerabilidade	Relação de trabalho	Empresa	Qualificação
Baixa	Patrão Assalariado Assalariado Conta própria	Todas Grande (> 5 trab.) Pública –	Todos Todos Todos Nível superior
Alta	Assalariado Conta própria Sem salário ou desocupado	Pequena (< 6 trab.) – –	Todos Sem nível superior Todos

Fonte: OIT, Panorama Laboral da América Latina, 2003.

Essa definição não corresponde à noção específica de *precariedade de trabalho*, que tem a ver, de modo geral, com o grau de proteção legal, em termos de obediência a direitos sociais e trabalhistas, ou com o grau de estabilidade ou continuidade da relação de trabalho, *independentemente do setor da economia em que se insere*.

Evidentemente, o tipo de desproteção sociolegal implicado pela noção de precariedade do trabalho está associado a certos aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico, que atualmente tende a ser pautado pela globalização/mundialização do capital, com fortes influências sobre as condições individuais e coletivas de vida e de trabalho. De modo geral, as características econômicas desse tipo de desenvolvimento fazem com que o trabalhador seja levado a "aceitar" a relação contratual precária, dado que se encontra num país com considerável índice de desemprego estrutural e no qual, portanto, a outra opção é a situação de desemprego, socialmente mais excludente. Esse aspecto pode ser mais bem evidenciado na contradição existente entre o que pregam os diversos documentos, declarações e acordos assinados em fóruns internacionais sobre trabalho e justiça social e o que têm sido as conseqüências concretas dos acordos econômicos internacionais. Tal contradição foi apontada em documento da OIT que trata dos Princípios e Direitos do Trabalho no Contexto da XII Conferência Interamericana de Ministros do Trabalho da OEA (XIII CIMT, 2004).

Apesar do termo "decente" poder abarcar um conteúdo moral significativo, a OIT designa como "trabalho decente" as relações de trabalho que respeitam suas oito principais convenções: *Forced Labour Convention*

(1930); *Freedom of Association and Protection of the right to organise Convention* (1948); *Right to organise and Collective Bargaining Convention* (1949); *Equal Remuneration Convention* (1951); *Abolition of Forced Labour Convention* (1957); *Discrimination (Employment and Occupation) Convention* (1958); *Minimum Age Convention* (1973); e *Abolition of the Worst Forms of Child Labour Convention* (1998).

O conceito de "trabalho decente", no sentido dado pela OIT, pode ser útil para estabelecer um conjunto mínimo de direitos comuns a todos e a quaisquer trabalhadores. Essa organização chegou a criar um conjunto de indicadores baseados nesse conceito para medir o "trabalho decente" nos países.

Com relação ao conjunto de políticas e programas adotados por diversos governos em relação ao mundo do trabalho, o conjunto dos documentos aponta para a combinação de duas grandes estratégias:

- 1) desregulamentação das relações entre contratante e contratado – flexibilização do mercado de trabalho – sob a égide do combate ao desemprego;
- 2) políticas ditas como compensatórias dessa desregulamentação, voltadas, na sua maioria, à formação ou à qualificação de mão-de-obra.

A primeira estratégia relaciona-se diretamente às reivindicações realizadas pelos empregadores e por diversas organizações nacionais e internacionais e vincula-se à racionalidade econômica de liberdade de demanda e oferta, seguidora da mão invisível (quase que evolucionista) do mercado, conforme a visão desenvolvida originalmente por Adam Smith.

A segunda, também apresentada como forma de combate ao desemprego e fruto das demandas de determinados setores do movimento sindical, traz como conseqüência a exacerbação da concorrência entre os próprios trabalhadores, contribuindo para que haja maior oferta de mão-de-obra com uma melhor qualificação, logo, uma maior queda no valor médio do salário. Portanto, seu efeito sobre a diminuição do índice de desemprego geral é muito limitado.

Em razão dessas conceituações peculiares acerca do trabalho informal, não foram identificados documentos da OIT que tratem diretamente do tema da desprecarização e da regularização do trabalho no setor público. No entanto, a questão do trabalho informal ou precário nesse setor deve ser tratada, naturalmente, com base no princípio do entendimento entre empregador público e trabalhadores estabelecido pela Convenção 151 (OIT, 1978), que diz no seu artigo 7º:

Deverão ser adotadas, se necessário, medidas adequadas às condições nacionais para estimular e fomentar o pleno desenvolvimento e utilização de procedimentos de negociação coletiva entre as autoridades públicas competentes e as organizações de empregados públicos acerca das condições de emprego, ou de quaisquer outros métodos que permitam aos representantes dos empregados públicos participar da determinação de ditas condições.

A soberania do Estado e o direito administrativo

Nas discussões acerca da noção de precariedade do trabalho no SUS, consideramos que existe um equívoco renitente por parte de alguns sindicalistas e gestores públicos que não discernem certas características fundamentais do Estado na qualidade de empregador. O Estado jamais pode ser tomado como um agente empregador como outro qualquer. Naturalmente, tanto o empregador privado quanto o público, num Estado de direito, estão submetidos a regras comuns de ordenamento jurídico, mas com duas diferenças fundamentais:

- o direito público está acima do direito privado e exerce uma supremacia sobre este;
- o Estado só pode fazer o que está legalmente determinado.

O Estado é uma instituição criada de maneira soberana em face dos interesses e dos direitos dos agentes privados, pois cabe a ele zelar pelos interesses e pelos direitos de todos. A norma de natureza pública, que organiza o Estado e rege sua ação, tem supremacia em relação à norma que regula o agente privado. O agente privado pode fazer tudo o que não contraria a lei (princípio da autonomia da vontade), e a lei busca garantir que os interesses de um particular não derroguem os direitos de outro. Porém, o Estado está limitado em sua soberania pelo império da lei, ou seja, só pode fazer o que está legalmente estabelecido ou determinado.

São essas as duas diferenças que marcam, na origem, a gestão do Estado em relação à gestão privada e que se traduzem como a preeminência do princípio da soberania e do princípio da legalidade na ação do Estado. Se a norma pública é superior à norma de aplicação privada, se o interesse do Estado está acima dos interesses particulares, então a única garantia de soberania democrática é que o próprio Estado se submeta rigorosamente às leis que são elaboradas pelos representantes do povo e, particularmente, que obedeça aos ordenamentos constitucionais em tudo o que faz. O princípio da

legalidade dirige e restringe a ação do Estado, buscando evitar o despotismo, o clientelismo, a corrupção e outros vícios eventuais da administração pública.

Segundo Meirelles (2002), o direito administrativo é o "(...) conjunto harmônico de princípios jurídicos que regem os órgãos, os agentes e as atividades públicas tendentes a realizar concreta, direta e imediatamente os fins desejados pelo Estado". Sendo assim, o princípio da legalidade é o fundamento dessa forma de direito: os fins desejados pelo Estado devem estar em consonância com a lei.

Trabalho protegido na administração pública

Existem quatro formas de regime de trabalho adotadas pela administração pública brasileira: 1) estatutária; 2) celetista; 3) especial; 4) cargos em comissão.

O trabalho na administração pública tem a particularidade de ser, na sua origem, um vínculo não contratual regido por uma lei específica, um estatuto que discrimina os direitos e os deveres dos servidores públicos. Por exemplo, os servidores estatutários federais são regidos pelo Regime Jurídico Único (Lei nº 8.112, de 11/12/90). Mas o vínculo estatutário não é o único admitido na administração pública. Em razão de iniciativas próprias da modernização da gestão do Estado, o vínculo contratual, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), foi amplamente utilizado na administração direta nas duas décadas anteriores à Constituição de 1988 e foi reintroduzido com a Emenda Constitucional nº 19, de 04/06/98, sob a denominação de emprego público. Outra forma de vínculo na administração pública é a estabelecida pelo regime especial, que rege a situação dos contratados por tempo determinado em função de excepcional interesse público (Lei nº 8.745, de 09/12/93). Uma quarta forma de vinculação é a criada pelos ocupantes de cargos comissionados que não são servidores efetivos, ou seja, os que são livremente nomeados pelas autoridades para exercício desses cargos.

Os vínculos de empregados celetistas e os contratos por tempo determinado sofrem restrições decorrentes do princípio da legalidade e obedecem a requisitos gerais da ação do Estado. Por exemplo, os empregados públicos não podem ser livremente contratados, mas devem passar por procedimentos seletivos de natureza pública. A lei também estabelece limites para os ocupantes de cargos comissionados, havendo uma proporção assinalada para os integrantes de carreiras.

Os trabalhadores da administração pública gozam atualmente dos mesmos benefícios e direitos de proteção social que são assegurados aos trabalhadores do conjunto do mercado de trabalho. Esse é o resultado de uma evolução que gerou uma paridade ou equidade em relação aos demais trabalhadores da sociedade. Os servidores públicos têm essas garantias de trabalho protegidas parcialmente em função das conquistas sociais alcançadas pelos trabalhadores em geral. Os direitos assegurados aos empregados públicos decorrem do que dispõem a CLT e o Regime Geral de Previdência Social. Já as vantagens e os benefícios dos servidores estatutários estão previstos na Constituição, na lei de instituição de seu regime e no Regime Previdenciário do Servidor Público. Há também direitos e vantagens assegurados aos trabalhadores do regime especial e aos ocupantes de cargos comissionados. Por exemplo, ambos os tipos de vínculo têm determinada sua pertinência ao Regime Geral de Previdência Social, com o que se garantem benefícios similares aos que desfrutam os trabalhadores regidos pela CLT.

Para todos os trabalhadores ocupantes de cargo público, o art. 39 da Constituição (modificado pela Emenda Constitucional nº 19) estabelece certos direitos sociais, que constituem uma seleção daqueles fixados para todos os trabalhadores. Pelo art. 7º, aplicam-se aos servidores públicos os seguintes direitos:

1. salário mínimo fixado em lei;
2. garantia de salário nunca inferior ao mínimo para os que percebem remuneração variável;
3. décimo terceiro salário com base na remuneração integral ou no valor da aposentadoria;
4. remuneração do trabalho noturno superior à do diurno;
5. salário-família para os dependentes do trabalhador;
6. duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e 44 semanais;
7. repouso semanal remunerado, preferencialmente aos domingos;
8. remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em 50% à do normal;
9. gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;
10. licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de 120 dias;
11. licença paternidade, nos termos fixados em lei;

12. proteção do mercado de trabalho da mulher mediante incentivos específicos nos termos da lei;
13. redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;
14. adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas na forma da lei.

O que se pode afirmar a respeito das condições de trabalho na administração pública é que todo tipo de trabalho de instituição regular, ou seja, de acordo com as leis vigentes, é necessariamente um trabalho socialmente protegido e dele se pode dizer que jamais é "precário". Por outro lado, o aparecimento de situações de trabalho na administração pública que têm déficit de proteção social (ou seja, são "precários") decorre da criação de um vínculo irregular de trabalho pelos gestores públicos. É importante enfatizar este ponto: todo trabalho regular no âmbito do Estado é constitucionalmente protegido.

A forma predominante de trabalho irregular no setor público é aquela que decorre da contratação sem obediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública, qualquer que seja a modalidade de remuneração adotada pelo gestor, usando os recursos públicos de que dispõe. Portanto, trata-se de uma contrariedade ao que dispõe o inciso II do art. 37 da Constituição:

...a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração.

O Estado só pode contratar trabalho para cargos e empregos públicos, tornados "acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da lei" (inciso I, do art. 37 da Constituição). É preciso não só uma lei geral que regule o provimento desses cargos e empregos como também uma autorização específica por parte do Poder Legislativo correspondente para a realização do concurso. Já que os contratados em forma irregular não se submeteram a esses requisitos de admissão, deve-se admitir que trabalho precário no setor público só pode ser sinônimo de trabalho irregular ou ilícito. Com isso queremos dizer que o que se denomina de "trabalho precário" no setor público surge não de um déficit

de proteção social propriamente dito, mas de um ato administrativo que contraria frontalmente o princípio da legalidade.

Nulidade jurídica do contrato de trabalho irregular

Em razão da proeminência do princípio da legalidade no direito administrativo, toda vez que o Estado toma uma iniciativa que não tem amparo em dispositivos legais, o ato administrativo original é considerado juridicamente nulo e não dá lugar a direitos que possam ser reivindicados pelos indivíduos envolvidos. Por exemplo, quando um contrato de compra e venda é assinado por um administrador público com um fornecedor privado de mercadorias sem que haja a devida obediência às normas de licitação requeridas no caso, o contrato não gera obrigações de direito para a administração pública, e o agente privado, se argüir em tribunal algum dano que lhe foi causado, nada terá a receber, a não ser a reposição dos bens fornecidos. A necessidade de cumprir uma previsão contratual não é juridicamente válida quando está envolvido um ato irregular por parte da administração pública, não sendo geradas obrigações de continuidade e de observância de cláusulas contratuais.

Do mesmo modo, se um trabalhador é contratado por um gestor público sem que haja a observância do critério constitucional do concurso público (ou seleção pública), os direitos do trabalhador não podem ser argüidos em toda sua extensão. É o que afirma sentença do Tribunal Regional do Trabalho da 12ª Região/SC:

A contratação de servidor da administração pública sem o prévio concurso exigido pelo art. 37, inc. II, da Constituição Federal gera nulidade com efeitos *ex tunc*, sendo-lhe devidos apenas os salários *stricto sensu*. Esse é o entendimento do TST, consubstanciado no Enunciado nº 363 e na Orientação Jurisprudencial nº 85.

A aludida nova redação dada ao Enunciado nº 363 do Tribunal Superior do Trabalho é a seguinte:

A contratação de servidor público, após a CF/1988, sem prévia aprovação em concurso público, encontra óbice no respectivo art. 37, II e § 2º, somente lhe conferindo direito ao pagamento da contraprestação pactuada, em relação ao número de horas trabalhadas, respeitado o valor da hora do salário mínimo, e dos valores referentes aos depósitos do FGTS.

O que se pode afirmar a partir desse horizonte de entendimento jurídico é que a nulidade do contrato vale tanto para o trabalhador admitido irregularmente por meio de um vínculo celetista (caso em que se supõe que já sejam realizados regularmente depósitos para o FGTS) quanto para o trabalhador contratado de maneira informal, por uma via administrativa qualquer, que não obedece a dispositivos legais nem a previsões de proteção social (caso em que os depósitos do FGTS são requeridos do contratante pela decisão judicial). Esse é um elemento decisivo da questão porque muitos gestores de recursos humanos crêem que, para combater a precariedade do trabalho, o objetivo maior da administração pública deveria ser o de criar condições contratuais que assegurassem direitos trabalhistas. Como se vê por esse enunciado, os direitos de um trabalhador celetista contratado sem concurso não podem ser plenamente argüidos em tribunal, porque o contrato que lhe deu acesso ao serviço público é juridicamente nulo, tanto quanto o é um contrato sem carteira de trabalho assinada.

Desse modo, para os trabalhadores contratados irregularmente pelo poder público cabe nada mais que uma espécie de indenização em relação a seu trabalho passado. De acordo com o conceito de ato juridicamente nulo, cada parte deveria retornar à posição inicial em que foi firmado o contrato. Essa pressuposição é tranqüila em sua realização quando o bem transacionado é de natureza tangível, sendo materialmente bem definido. Mas o trabalho constitui um bem fungível e já consumido pelo contratante ao longo do tempo de sua prestação. Por isso, não há maneira de repô-lo em suas condições primitivas. Assim, é reconhecida pelos magistrados a necessidade de fazer justiça ao trabalhador, e a indenização pelo trabalho já realizado é preconizada no enunciado do TST.

Todos os juristas estão de acordo quanto à nulidade jurídica do ato contratual realizado nessas circunstâncias. Persiste, no entanto, uma polêmica no que diz respeito justamente à extensão da indenização pelo trabalho já realizado, havendo advogados trabalhistas que entendem que a nova redação dada ao Enunciado nº 363 traz implícita a possibilidade de atender à totalidade dos créditos acumulados pelo trabalhador, incluindo remuneração de férias e décimo terceiro salário, como observa Neto, citado por Salvador (2000):

Com base nessas premissas dogmáticas, é equivocada, ilegal e iníqua a Súmula 363 do TST, quando declara que a indenização referente ao contrato nulo por inobservância do art. 37, II, CF/88, equivale tão-

somente aos dias trabalhados e pelo valor do salário ajustado. Ora, a indenização deve alcançar todo o prejuízo: férias, 13^o salário, FGTS, tudo em conformidade com o salário devido e não apenas pelo salário ajustado. Dizer que a indenização equivale somente aos dias trabalhados e pelo valor do salário ajustado é o mesmo que nada deferir, premiando o órgão da administração pública que utilizou mão-de-obra qualificada sem qualquer encargo trabalhista.

Desse modo, a dimensão efetiva dessa indenização, que é devida em vista de um trabalho efetivamente já realizado, é matéria de debate e reconhecida em extensão variável segundo o arbítrio dos magistrados nos tribunais do trabalho. A despeito dessas disputas acerca da extensão da indenização devida ao trabalhador, infere-se que o trabalhador contratado de forma irregular pelo setor público não tem direitos prospectivos, ou seja, obrigações que devam ser cumpridas doravante pelo empregador quando a irregularidade da situação é argumentada em juízo. Assistem ao trabalhador tão-somente alguns benefícios retrospectivos de salário direto e indireto. Mas o que deve ser observado na indenização não são rigorosamente pagamentos de direitos trabalhistas, de acordo com a universalidade que os caracteriza. Esse é um caso exemplar em que prevalece o princípio da soberania do direito público, em face à falência da gestão pública em observar o princípio da legalidade. Tratando-se de contratos que não cumprem com a exigência legal de admissão por concurso, o direito público põe em evidência seu princípio de soberania e se sobrepõe, em maior ou menor medida, ao direito do cidadão na relação de trabalho. Cumpre acrescentar que tal situação não prevalece em relação ao contrato de trabalho estabelecido com um empregador privado quando o trabalhador tem um de seus direitos legítimos negados pelo empregador.

Bases de interpretação jurídica sobre trabalho irregular e contrato irregular na administração pública brasileira

O debate em torno da irregularidade dos vínculos de trabalho na administração pública brasileira pode ser dividido em duas linhas temáticas: 1) a dos vínculos diretos estabelecidos por uma pessoa com a administração pública, ou seja, a admissão e a contratação de trabalhadores por este setor; 2) a dos vínculos indiretos estabelecidos por mediação de uma entidade privada qualquer, ou seja, os contratos de terceirização. Essas duas linhas

temáticas invocam problemas jurídicos específicos que, em geral, são muito malcompreendidos pelos gestores do setor saúde.

As referências constitucionais acerca da exigência de concurso público para o provimento de cargos e empregos no setor é um dos grandes temas em destaque encontrados nas discussões jurídicas sobre a questão dos vínculos diretos. O que muitos juristas enfatizam é a significativa ampliação dessa exigência imposta pela Constituição Federal de 1988 em relação a:

- tipos de funções – aplica-se tal obrigatoriedade tanto aos cargos quanto aos empregos públicos, incluindo as funções temporárias de excepcional interesse público;
- tipos de entidades estatais – os concursos públicos e as seleções públicas são requeridos de qualquer ente administrativo, seja da administração direta ou indireta, incluindo as empresas do Estado que se equiparam às empresas do regime de livre competição no mercado;
- tipos de carreiras – o servidor não pode ser transposto a uma carreira diferente daquela para a qual foi concursado.

A exigibilidade do concurso e da seleção pública é definida pela Constituição como indispensável ao próprio cumprimento dos princípios essenciais da legalidade, da impessoalidade, da moralidade e da publicidade:

Art. 37. A administração pública direta, indireta ou fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e, também, ao seguinte:

I -

II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração.

A admissão ao serviço público que obedece a tais requisitos de aferição pública de competências justifica-se, como critério de justiça, pelo fato de contornar os males que costumam acompanhar as contratações realizadas a bel-prazer dos gestores e, portanto:

- a) evita o favorecimento, o apadrinhamento e diferentes formas de clientelismo;
- b) obedece ao princípio do mérito, promovendo o acesso virtual a todos os cidadãos que tenham as competências requeridas;
- c) assegura a transparência e a publicidade do processo de admissão.

Os três pontos mais importantes do debate jurídico sobre a admissão irregular são os seguintes: a) a ilicitude da admissão sem concurso como ato de improbidade administrativa; b) o caráter juridicamente nulo da admissão sem concurso; c) o requisito de seleção pública na admissão de trabalhadores por excepcional interesse público.

A caracterização da responsabilidade civil do gestor público em todos esses aspectos que cercam a admissão de servidores é bem clara e está balizada pela Lei nº 8.429/92. A não-observância de concurso público não constitui crime, mas representa um ato de improbidade administrativa, e o gestor deve responder por ela perante as instâncias jurídicas do Estado, conforme os motivos circunstanciais, podendo ser por isso penalizado, sobretudo por ação movida por um órgão do Ministério Público.

De acordo com Fernandes (1997), as irregularidades mais frequentes no que diz respeito à maneira de admissão ao serviço público são as seguintes:

- a) admissão sem a prévia aprovação em concurso público;
- b) admissão mediante aprovação em concurso público em cuja realização não se seguiram os princípios da legalidade, da moralidade, da impessoalidade e da publicidade;
- c) admissão mediante aprovação em concurso público regularmente instituído e realizado, mas violando a ordem de classificação oficialmente divulgada;
- d) admissão mediante aprovação em concurso público regularmente instituído e realizado, mas procedida após decorrência do prazo de validade do certame, com violação ao disposto no artigo 37, III;
- e) admissão mediante qualquer uma das antigas formas derivadas de provimento, tais como transferência, enquadramento, ascensão, etc.

De longe, a questão jurídica mais polêmica que se encontra nessa área é a nulidade do vínculo de trabalho quando a admissão da pessoa ocorreu de forma irregular, condição prevista pela própria Constituição no citado artigo 37. Segundo o jurista supracitado,

os atos irregulares de admissão de pessoal, por expressa disposição constitucional, são nulos de pleno direito, não gerando quaisquer efeitos, acarretando à sua prática a punição da autoridade responsável, do ponto de vista penal, administrativo, civil e até mesmo político.

Nessas condições, o trabalhador admitido irregularmente não teria como fazer valer direitos tais como tempo de serviço, remunerações devidas, etc. Essa disposição constitucional exalta a soberania da legalidade da ação do Estado em detrimento de qualquer direito individual do trabalhador.

Na teoria e na jurisprudência, tem-se procurado relativizar tal interpretação em defesa de direitos mínimos que sejam assegurados ao trabalhador que se encontra nessa condição. A nulidade de um contrato implica, conforme o Código Civil, a restituição às partes daquilo com que cada agente participou ou despendeu. Essa retroação às condições iniciais do contrato, entendem alguns juristas, é impossível de ser obtida no caso de uma relação de trabalho em que houve prestação de fato de serviços por um tempo maior ou menor. Então, há de se recompensar de alguma maneira o trabalhador por suas perdas inevitáveis nessas circunstâncias.

É o que se pode ler numa sentença da Procuradoria Regional do Trabalho da 11ª região/AM:

(...) tenho a dizer que, mesmo nulo, não se poderá olvidar que houve prestação pessoal de trabalho, muitas vezes de boa-fé e, sendo assim, o "contrato de trabalho" produzirá seus efeitos até a data da decretação de sua nulidade, porquanto não se poderá mais devolver às partes o *status quo ante*, mormente ao obreiro, pois impossível restituir-lhe a força de trabalho despendida na prestação pessoal de serviço. Apesar do que está pacificado no Judiciário Trabalhista, a minha posição pessoal é a de que ao trabalhador deverá ser garantido, além do equivalente às parcelas salariais *strictu sensu*, o correspondente aos eventuais direitos já consumados, em decorrência do serviço prestado.

No entanto, continuam a pairar sobre essa questão dúvidas e interpretações variadas. Pinto (2004) teve o mérito de inventariar todos os tipos de decisão magistral que têm sido até agora emanados dos tribunais, quais sejam:

- a) o empregado faz jus a todas as parcelas salariais, indenizatórias e rescisórias como se válido fosse o contrato; a razão está no princípio da irretroatividade das nulidades e na não-responsabilização do empregado pelos desmandos do administrador;
- b) o empregado faz jus a todas as parcelas salariais e indenizatórias (como diárias), mas não faz jus às rescisórias; a razão está no princípio da irretroatividade das nulidades, mas também no fato

- de que o contrato pode ser desfeito a qualquer momento, sem necessidade de pré-aviso ou indenização;
- c) o empregado faz jus às parcelas estritamente salariais, como salários, 13^o salários e férias; a razão é que tais parcelas compensam as energias despendidas;
 - d) o empregado faz jus apenas ao salário, aí incluídas as diferenças salariais, quando o salário é inferior ao mínimo legal, bem como aos salários atrasados e saldo salarial; a razão é que o salário, e só o salário, compensa as energias despendidas;
 - e) o empregado faz jus apenas aos salários atrasados e, ainda assim, na forma pactuada, mesmo que seja um valor bem inferior ao mínimo (qual a razão?);
 - f) o empregado não faz jus a nenhuma parcela, só não tendo que devolver as parcelas recebidas durante o contrato por uma questão de equidade; a razão é que a nulidade absoluta retroage ao início do contrato.

Outro tema destacável nessa linha de discussão da admissão de trabalhadores no setor público diz respeito às funções denominadas de excepcional interesse público, reguladas pela Lei n^o 8.745/93 e outros dispositivos legais posteriores que a emendaram. Aqui paira um conjunto de indefinições e irregularidades que se relacionam com a forma irregular de admissão, a renovação contínua do contrato, o exercício de funções não previstas na lei como de excepcional interesse público, etc.

Conforme Lima (2000), esse tipo de expediente contratual

(...) atenta especialmente contra os princípios constitucionais da moralidade e da impessoalidade, porque permite a nomeação de servidores sem a necessária aferição de sua capacidade para o desempenho das funções, negando ainda aos mais capazes qualquer possibilidade de acesso aos cargos públicos, vitaliciamente ocupados pelos temporários.

A exigência de processo seletivo simplificado tem sido reiterada, conforme consta na Lei n^o 8.745/93, cujo art. 3^o dispõe: "O recrutamento do pessoal a ser contratado, nos termos desta lei, será feito mediante **processo seletivo simplificado**, sujeito a ampla divulgação, inclusive através do Diário Oficial da União, prescindindo de concurso público". Recentemente, em obediência a Termos de Ajuste de Conduta, o governo federal vem adotando

processo seletivo dessa natureza para a contratação temporária que se faz por meio de organismos internacionais.

Uma parte significativa dos documentos estudados traz à discussão os contratos irregulares relacionados com intermediação de força de trabalho exercida por entidades privadas junto a entidades públicas. São variados os tipos de entidades que executam essa função para o Poder Público, mas as chamadas cooperativas de trabalho são as de maior número e as que envolvem o maior contingente de trabalhadores.

As cooperativas que atuam no setor saúde e em outros setores governamentais são criticadas como irregulares por dois motivos: primeiro, porque burlam os dispositivos constitucionais de avaliação de mérito e publicidade para ingresso de trabalhadores no serviço público; segundo, porque se constituem como forma de descaracterizar o vínculo empregatício e contornar obrigações fiscais.

Uma apreciação crítica similar é feita para o setor privado, no qual o que sobressai é o fato de que a cooperativa de trabalho desonera a empresa contratante de uma série de encargos sociais e fiscais. O que está em litígio aqui não é a subcontratação em geral, que é uma tendência forte e modernizadora e se generalizou na economia em certos setores de ponta, como o automobilístico. A subcontratação de empresas, em que se transacionam bens materiais como peças ou suplementos, não envolve a contratação direta de serviços ou trabalho vivo e, portanto, constitui uma situação diferente daquela que nos interessa aqui, que é a terceirização de serviços ou de trabalho vivo.

O Enunciado 331 do TST estabelece que, para todas as entidades, privadas e públicas, é vedada terceirização de atividades-fim, enquanto a terceirização de atividades-meio é lícita quando não se verificam os pressupostos de subordinação administrativa do trabalho e de pessoalidade na contratação.

Se a contratação de terceiros para a prestação de serviços é contínua, estende-se às atividades-fim e tem características de dependência hierárquica, os tribunais do trabalho interpretam que está oculta nessa condição uma relação de emprego. Nesse caso de avaliação da relação de trabalho, importa a relação de fato e não o que consta do contrato, como nota Xavier (2003):

Então, se na realidade prática ocorrer uma relação de emprego – aquela com as características de pessoalidade, não eventualidade, onerosidade, dependência e subordinação – a forma cede lugar à situação real, reconhecendo-se o vínculo empregatício. É o que

comumente é chamado, no âmbito do Direito do Trabalho, de princípio da **primazia da realidade**, segundo o qual não importam as cláusulas de um contrato de trabalho, mas sim o que efetivamente o empregado faz.

Portanto, o que se busca evitar é a fraude dos direitos do trabalhador, que muitas vezes está embutida na relação terceirizada e decorre de o contratante querer ser eficiente, isto é, "fazer mais com menos".

As condições legítimas da atuação das cooperativas são aquelas das exigências fixadas pela Lei nº 5.764/71: adesão livre, gestão democrática e não visar ao lucro. Segundo as normas administrativas do setor público, as cooperativas, ademais, devem ser contratadas em regime de licitação.

A intermediação de força de trabalho com base em cooperativas é fortemente combatida por diversos juristas que consultamos em nossa bibliografia. Ressalte-se o parecer de Aquino (2004), juiz do Trabalho substituto do Tribunal Regional do Trabalho da 13ª Região/PB:

A intermediação de mão-de-obra, onde o trabalhador vincula-se diretamente com a empresa fornecedora e subordina-se juridicamente à empresa tomadora, ficando patentes quase todos os requisitos da relação de emprego, previstos na CLT, à exceção da contraprestação, que é paga pela primeira, somente é admitida, em nosso país, na hipótese de trabalho temporário, conforme previsto na Lei nº 6.019, de 1974. E não poderia ser diferente, pois, como bem ressaltou o Ministro Marco Aurélio Mendes de Farias Mello, no Recurso de Revista que originou o Enunciado nº 256, "A relação jurídica mantida entre a locadora de serviços e o contratado tem as características do arrendamento, locação ou aluguel da força de trabalho e reveste-se de ilicitude, pois os homens não podem ser objeto, ainda que velado, deste tipo de contrato, mas somente as coisas".

Como o que nos interessa mais de perto aqui é a situação do Poder Público como contratante, é necessário caracterizar em que circunstâncias é lícito esse tipo de contratação de terceiros. De acordo com os textos examinados, os critérios legais que devem ser obedecidos são os seguintes:

- a contratação deve ser precedida de processo licitatório, nos termos da lei (garantindo a impessoalidade e a publicidade do processo);
- os contratados só podem atuar em funções de apoio (tais como limpeza, segurança, alimentação, etc.);

- não podem, portanto, ocupar-se das atividades-fim peculiares à instituição, de tal modo a não caracterizar uma substituição de funções e de servidores próprios ao quadro permanente da instituição em causa (constituem atividades-fim, por exemplo, os serviços de saúde nos hospitais e o ensino nas escolas ou faculdades);
- os contratados devem estar isentos de subordinação hierárquica aos cargos e empregos próprios da instituição contratante (ou seja, devem responder à estrutura de mando estabelecida pela entidade contratada).

Um fator importante que faz parte do contexto econômico atual é o forte ajuste fiscal imposto pela União. No Brasil, a partir do ano 2000, a diretriz legal para os gastos públicos com pessoal está consubstanciada na Lei de Responsabilidade Fiscal, que estabelece tetos bem definidos. Muitas vezes se afirma que os contratos precários e terceirizados expressam a intenção do gestor de gastar menos para fugir a esses tetos de gasto. Contudo, essa lei deixa claro que os gastos com terceirização têm de ser contabilizados como gastos com pessoal. Por outro lado, não está claro se os contratos irregulares de trabalho no setor público implicam sempre menores custos para o empregador estatal, dado que para algumas categorias, como os médicos, o nível de remuneração praticado pode se situar em mais de duas vezes o que se paga nos contratos regulares, que é a situação bem conhecida do Programa Saúde da Família.

A imprensa tem divulgado que cerca de 60 mil trabalhadores do Executivo federal, em 2004, são "fornecidos" por meio de cooperativas de trabalho. O governo Lula assumiu o compromisso de substituir esse contingente com a ampliação de cargos efetivos abertos para concurso e também, em menor escala, por meio de cargos de confiança. Nesse sentido, tanto para o governo federal quanto para estados e municípios, a regularização dos vínculos de trabalho da administração pública passa pela eliminação gradual do trabalho "mediado" por essas cooperativas e outras entidades, com sua substituição por servidores devidamente concursados.

A proposta de desprecarização do trabalho na administração pública

A proposta de criar uma política de desprecarização do trabalho na administração pública esbarra num óbice jurídico-institucional muito evidente, que é o da nulidade do ato contratual, conforme se depreende do exposto anteriormente. Em razão do princípio da legalidade e da soberania do direito público sobre o direito do cidadão, que levam ao entendimento

pacífico de que todo contrato irregular não gera obrigações ou direitos individuais, não há bases positivas no direito administrativo brasileiro para se afirmar que o trabalhador admitido ao serviço público sem concurso esteja em situação de precariedade de trabalho, igualada a uma condição de inobservância de direitos trabalhistas ou sociais. De fato, no contexto de um ato jurídico nulo, em virtude de contrariedade a uma norma da Constituição, não há como aludir factualmente a direitos, muito menos a direitos descumpridos. O contrato, na base da relação de trabalho, está viciado e passa a ser nulo do ponto de vista de sua eficácia jurídica. Sendo assim, não pode ter guarida por qualquer instância do Estado, seja do Poder Judiciário, seja do Poder Executivo, o pleito de uma falha de cumprimento de direitos no caso de um trabalhador dito "precarizado" pela administração pública. Pela mesma razão, não tem cabimento jurídico uma política de governo que pretenda "desprecarizar" a relação de trabalho na administração pública.

Se o trabalho no setor público se realiza com base em uma tal informalidade e irregularidade contratuais, o que deu origem a essa relação é certamente a ilicitude administrativa do contrato. Ao revés, se o contrato é lícito do ponto de vista do direito administrativo, será sempre um contrato que resguardará direitos trabalhistas e sociais, ainda que o trabalho se exerça por tempo determinado e excepcional interesse público.

Quanto mais se examina essa questão, mais fica claro que se vem cometendo um equívoco conceitual e jurídico ao se falar de trabalho precário na administração pública. O conceito de precariedade do trabalho não se aplica em momento algum ao trabalho que se realiza na administração pública, porque, sempre que há carência de direitos do trabalhador, está presente um vício contratual que torna sem sentido a demanda por direitos individuais, dada a soberania exercida pelo Estado na esfera dos direitos. Em outras circunstâncias, ou seja, nas de um trabalhador admitido por concurso público e a quem é negado algum dos benefícios e das vantagens reiterados no art. 39 da Constituição, cabe a alegação de descumprimento de direitos trabalhistas. Mas na relação com o Estado, não faz sentido invocar direitos quando há uma falha de cumprimento de um mandato constitucional tão essencial quanto o da exigência de admissão por concurso público.

A proposta de desprecarizar o trabalho na administração pública revestir-se-ia de validade desde que o vínculo de trabalho pudesse passar de precário (por irregularidade administrativa) a uma situação de plenos direitos do trabalhador, mediante a correção da irregularidade que lhe originou. Porém, essa passagem é impossível de ser feita, já que o reconhecimento jurídico da

irregularidade na contratação leva *ipso facto* ao reconhecimento da nulidade do vínculo.

Há uma única maneira de entrada regular no serviço público, que é a submissão a um concurso público. Mas, nesse caso, cria-se um vínculo novo, regular, não havendo um prolongamento do vínculo anterior, que era juridicamente nulo. Portanto, não se pode garantir aos trabalhadores admitidos sem concurso público que seu vínculo de trabalho será regularizado por um processo de desprecarização comandado pelo governo. Isso pode gerar nos trabalhadores a ilusão de que é possível existir uma política pública capaz de corrigir uma situação inconstitucional.

Referências bibliográficas

AQUINO, André Wilson Avellar de. *Terceirização: responsabilidade solidária x responsabilidade subsidiária*. Tribunal Regional do Trabalho da 13ª Região, Paraíba. Disponível em <<http://www.trt13.gov.br/revista/6andre.htm>>. Acesso em 08 ago. 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988/obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes, 29. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. Lei nº 5.764 – 16 dez. 1971. *Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências*. Disponível em <<http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>>. Acesso em 09 abr. 2004.

BRASIL. Lei nº 8.745 – 09 dez. 1993. *Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências*. Disponível em <<http://www2.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/>>. Acesso em 09 abr. 2004.

ENUNCIADOS 331 e 363. In: BRASIL. *Consolidação das Leis do Trabalho*/obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Livia Céspedes, 29. ed. atual. e aum. São Paulo: Saraiva, 2002.

FERNANDES, Flávio Sátiro. *Admissões irregulares de servidores públicos e suas conseqüências jurídicas*. Jus Navigandi, Teresina, a. 2, n. 21, nov. 1997. Disponível em <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=388>>. Acesso em 12 abr. 2004.

LIMA, Fernando Machado da Silva. *Contratação irregular de servidores temporários*. Jus Navigandi, Teresina, a. 5, n. 48, dez. 2000. Disponível em <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=393>>. Acesso em 12 abr. 2004.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Administrativo Brasileiro*. 27. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

NETO, José Affonso Dallegrave. Citado por: SALVADOR, Luiz. *Da intermediação de mão-de-obra por cooperativa e a fraude aos direitos trabalhistas*. Jus Navigandi, Teresina, a. 5, n. 47, nov. 2000. Disponível em <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=1193>>. Acesso em 12 abr. 2004.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). *Convenção 151*. Genebra. 1978.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). *Protección social y mercado laboral en América Latina. Panorama Laboral 2003: America Latina y El Caribe*. Lima: Oficina Internacional del Trabajo, 2003.

PINTO, Alexandre Roque. *Admissão de pessoal sem concurso pela administração. Nulidade. Efeitos. Soluções juridicamente viáveis*. Tribunal Regional do Trabalho 13ª Região, Paraíba. Disponível em <<http://www.trt13.gov.br/revista/7alexand.htm>>. Acesso em 09 abr. 2004.

PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA 11ª REGIÃO/AM. *Responsabilidade civil e administrativa do gestor público na contratação irregular de pessoal e o procedimento com vistas a essa responsabilização*. Disponível em <<http://www.mpt.gov.br/publicacoes/pub29.html>>. Acesso em 09 abr. 2004.

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 12ª REGIÃO/SC. *Nulidade do contrato de trabalho. Violação ao art. 37, ii, da Constituição Federal*. Disponível em <http://www.trt14.gov.br/acordao/Maio_03/AC16_05RO/AC514.htm>. Acesso em 09 abr. 2004.

XAVIER, Bruno de Aquino Parreira. *Cooperativas de trabalho e relação de emprego*. Jus Navigandi, Teresina, a. 7, n. 61, jan. 2003. Disponível em <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=3635>>. Acesso em 12 abr. 2004.

XIII CONFERÊNCIA INTERAMERICANA DE MINISTROS DE TRABALHO (XIII CIMIT). *Reunión del Grupo de Trabajo 2. Fortalecimiento Institucional de los Ministerios de Trabajo*. Washington, 13-14 mayo 2004. Disponível em <<http://www.oas.org/udse/espanol/documentos/00plandetrabajo2.doc>>. Acesso em 01 jun. 2004.

Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS

Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar e Vicente de Paula Fernandes

Introdução

A discussão do tema Precarização do Emprego exige que sejam consideradas algumas conexões que envolvem as relações de trabalho e poder. Uma delas é o contexto em que se reproduzem as relações sociais específicas no âmbito das práticas de trabalho. Essas relações, embora se expressando como relações econômicas, ganham especificidades pela forma como se constroem e se reproduzem por meio de elementos políticos e ideológicos (Siqueira, 1997), tornando importante a identificação de alguns aspectos que estão para além do mundo do trabalho, embora seja nesse mundo que residam as determinações fundamentais. Assim sendo, faz-se necessário incorporar, na discussão, outros determinantes, como aqueles oriundos do âmbito político institucional e aqueles que se situam em outras esferas: determinantes culturais, padrões de organização e associativismo, por exemplo.

Nesse contexto, merecem destaques as palavras de Lima, quando ele refere ao fim da "sociedade de direitos", dizendo que esse cenário representará uma perda progressiva de conquistas salariais e direitos sociais.

Estariamos frente ao fim da "sociedade de direitos" pelo menos onde ela existiu, no primeiro mundo industrializado e agora pós-industrializado. No terceiro mundo, embora parcialmente implementada se constituiria numa perspectiva de futuro para os trabalhadores: um emprego estável, uma aposentadoria, acesso a serviços básicos de saúde, enfim à cidadania. O fim dessa perspectiva é acompanhada da perda progressiva de conquistas salariais e direitos sociais e do crescimento de relações de trabalho ditas "atípicas" ou "não estandardizadas", como contratos por tempo parcial, temporários, com restrições diversas, ou mesmo sem contrato algum (Lima, 2004, p. 1).

É importante realçar que o autor se refere ao crescimento, e não ao surgimento, dessas relações "atípicas", "pois estas não são necessariamente novas, contêm, em linhas gerais, o caráter de precariedade do pré-assalariamento", assumindo apenas nova visibilidade e novos significados (Lima, 2004, p. 1), num cenário complexo que inclui um duplo movimento: "a diversidade da destruição de algumas categorias de trabalhadores e a paulatina criação de outros segmentos" (Azais e Cappelin, 1997, p. 19).

O agente comunitário, objeto de estudo deste trabalho, é uma das diversas categorias de trabalhadores de saúde que surgiram nesse contexto de reformas e de novas formas de relações de trabalho, protagonistas do final da década de 1990.

A atuação dos agentes comunitários de saúde, em vários municípios do país, conferiu-lhes respeito e legitimação da população, porém não lhes deu a condição de serem institucionalizados com direitos trabalhistas garantidos. Mas, como ressalta Siqueira e Souza Filho (1997), a legitimação e a institucionalização são metas centrais nesse jogo. Nesse sentido, em julho de 2002, como resultado de muitas discussões e também como uma forma de não encarar a verdadeira polêmica colocada nos debates sobre a inserção dos agentes comunitários de saúde – polêmicas que diziam respeito aos problemas referentes à vinculação institucional¹ –, o governo federal criou a Lei de Profissão de Agente Comunitário de Saúde – Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.

No entanto, é importante compreender que a criação da profissão não é solução para o problema originado pelas diversas formas de vinculação institucional desse trabalhador ao Sistema Único de Saúde, ou, melhor dizendo, para a precarização do trabalho. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade do desenvolvimento de ações que garantam a oferta quantitativa de profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS – com garantia de direitos e deveres aos trabalhadores da área de saúde –, e considerando também o grande número de profissionais que atuam no SUS, por meio de contratações não convencionais como contrato de prestação de serviço, terceirização, cooperativa e outros – com prejuízos não só para os próprios trabalhadores como também para os usuários do sistema –, criou, por meio da Portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Entre os objetivos do Comitê, destacam-se: realizar o levantamento das formas

¹ Adotamos o conceito que abrange a dimensão jurídica da relação de trabalho (CLT, estatutário) e a dimensão institucional (relação com associações).

de precarização do trabalho no SUS; indicar as formas legais de contratação, quando for o caso, e apresentar as iniciativas requeridas para sua implementação, tendo em conta a política de preservação do emprego e da renda dos ocupados no setor e induzir, por meio de cooperação com os demais entes federados, a adoção de uma nova concepção de relações estáveis de trabalho no SUS que erradique os vínculos precários e valorize o trabalhador.

A situação do agente comunitário no Estado do Rio Grande do Norte não é diferente da situação do resto do país; a existência de diferentes formas de inserção desses trabalhadores vem gerando distintos problemas para estes e para a gestão do trabalho. De modo geral, essa situação gera conflitos e incertezas das mais variadas ordens e cria expectativas de regulação estatal.

Vários estudos já foram realizados sobre as modalidades de contratação utilizadas para vincular os agentes comunitários de saúde aos serviços de saúde. Autores especializados no setor saúde já abordaram conceitualmente o tema e já discutiram sobre as vantagens e as desvantagens das diversas modalidades de contratação existentes nos serviços de saúde. Nesse sentido, o presente trabalho não tem a credencial de originalidade. Todavia, sua pertinência revela-se pela inexistência desse tipo de estudo no estado; pela oportunidade de ofertar dados desagregados em âmbito municipal; por constituir um diagnóstico da situação de precarização do trabalho dos agentes de saúde nos municípios do Estado do Rio Grande do Norte, inseridos na pesquisa, a partir da concepção do ator responsável pela gestão dos serviços; e, por último, por cumprir a missão do Observatório RH Nesc UFRN em produzir estudos, tendo em vista subsidiar decisões dos gestores do Estado do Rio Grande do Norte.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde: entre o sucesso do programa e a precarização do trabalho

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde foi concebido a partir da experiência do Ceará, iniciada em 1987, como parte de um programa emergencial de geração de empregos para socorrer o estado, que passava por mais um dos períodos de seca que costumam atingir a região. Em 1988, findo o período de emergência, cessou o apoio do governo federal ao Programa; mesmo assim, cerca de 150 agentes permaneceram desenvolvendo suas atividades sem remuneração, demonstrando o sucesso do Programa (Freedheim, 1993). Desse modo, em 1989, o governo do Estado do Ceará assumiu a decisão de financiá-lo permanentemente. Alguns dados

representativos do êxito do programa podem ser identificados por meio das palavras de Judith Tandler:

Antes do início do programa de medicina preventiva, em 1987, os indicadores de saúde do Ceará e o acesso aos serviços de saúde estavam entre os piores da América Latina. O índice de mortalidade infantil, de 102 para cada mil crianças, era o dobro do registrado em todo o Brasil.

Em 1992, depois de apenas cinco anos de operação, o novo programa de medicina preventiva – que recebeu o nome de Programa de Agentes de Saúde – PAS [...] mudou enormemente essa situação. A mortalidade infantil diminuiu 36%, caindo para 65 por cada mil [...]. (Tandler, 1998, p. 38-39).

Em 1991, a experiência do Ceará foi institucionalizada como política oficial do governo federal, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde. Seu objetivo geral consistia em "melhorar, através dos agentes comunitários de saúde, a capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos e contribuir para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde" (Brasil, 1994, p. 2). A meta principal era a redução da mortalidade infantil e suas atribuições eram (Brasil, 1994, p. 7):

- realizar ações básicas de saúde, de acordo com seu nível de competência, por meio de visitas domiciliares, reuniões de grupos ou outras modalidades;
- desenvolver atividades de educação em saúde individual e coletiva;
- estimular a organização da comunidade;
- desenvolver outras atividades pertinentes com sua formação;
- registrar as atividades desenvolvidas no seu trabalho e encaminhá-las à coordenação municipal do programa.

Inicialmente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado em 13 estados das regiões Norte e Nordeste. Posteriormente, ele foi estendido para as demais regiões do Brasil. Os critérios definidos pelo Ministério da Saúde para a implantação do Programa nos municípios eram:

- a solicitação para implantação do Programa deve ser feita pela Secretaria Municipal de Saúde à Coordenação Estadual do Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- o Conselho Municipal de Saúde aprova e participa da implantação do Programa;

- existência de Fundo Municipal de Saúde;
- existência do profissional enfermeiro, contratado pelo município, com disponibilidade para assumir a coordenação, a capacitação e a supervisão dos agentes comunitários de saúde, na proporção de um enfermeiro para, no máximo, trinta agentes;
- existência de Unidade de Saúde de referência na área onde o programa é implantado.

A inserção dos agentes nos serviços públicos de saúde dá-se por meio de processo seletivo que obedece a requisitos formais definidos pelo Ministério e pelas secretarias de saúde. Nesse sentido, o perfil do agente comunitário atende aos seguintes critérios: residir na comunidade há pelo menos dois anos; ter idade mínima de dezoito anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Nogueira, Silva e Ramos, em artigo que discute a inserção laboral e institucional do agente comunitário de saúde (2000, p. 14), afirmam que "as características da atuação dos agentes comunitários de saúde exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e relacionamento com a comunidade". Não somente pela exigência de adequar as modalidades de contratação ao perfil social do agente, os dirigentes vêm utilizando as mais diversas formas para contratar o trabalho do agente comunitário de saúde. Ainda nesse artigo os autores destacam:

Desde sua inauguração como política de governo, a inserção do agente comunitário de saúde (ACS) na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado polêmica a respeito da forma mais adequada de relações de trabalho que deve ser adotada para que se possa contar de modo sustentável com esse tipo de recurso humano. Essa polêmica é alimentada, em parte, pela demanda de atendimento a direitos trabalhistas e sociais, visto que, atualmente, em sua grande maioria, os ACS estão submetidos a relações informais de trabalho. Também surge do fato que algumas das alternativas propostas – tal como sua admissão ao quadro de servidores públicos – são muitas vezes encaradas como inadequadas para uma função que exige um relacionamento estreito e permanente com a comunidade onde esses trabalhadores são recrutados. Essa discussão, tendo ocorrido reiteradamente em âmbito nacional e municipal, ficou conhecida como "a questão das modalidades de contratação" (Nogueira, Silva e Ramos, 2000, p. 1).

Os autores citados identificam algumas das mais usuais formas de contratação do trabalho dos agentes comunitários de saúde utilizadas pelas secretarias municipais de saúde: contrato regido pela CLT com prazo indeterminado (via administração direta, via associação e via empresa); estatutário (via administração direta); cargo comissionado (via administração direta); contrato excepcional por tempo determinado (via administração direta); contrato autônomo (via cooperativa); prestação de serviços (via administração direta). Algumas dessas formas de contratação utilizadas pelas secretarias municipais de saúde, em sua maioria típicas das formas de terceirização do trabalho em saúde, contribuem marcadamente para a precarização do trabalho do agente comunitário de saúde.

Segundo Cherchglia (1999, p. 382),

o processo mais geral de precarização das relações de trabalho, na saúde, é evidenciado pelas inúmeras formas de contratação, seja pela terceirização (contratos temporários, de prestação de serviços), pela cooperativização do trabalho ou pelo contrato individual por tempo determinado.

O estudo Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde, realizado pela Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde no ano de 2002, demonstra que 69,9% dos gestores e 56,3% dos trabalhadores entrevistados acreditavam que a terceirização por entidades sem fins lucrativos iria ser expandida. Esse resultado parece dizer que as entidades sem fins lucrativos poderiam ser parceiras que permitiriam arranjos flexíveis no Sistema Único de Saúde. Essa pesquisa também informa que a grande maioria dos gestores estudados entendia que a redução dos custos com encargos sociais e trabalhistas ajudariam a diminuir a informalidade do trabalho no Sistema Único de Saúde.

Metodologia

Este estudo é do tipo descritivo com abordagem predominantemente qualitativa e teve como foco de investigação as formas de inserção no trabalho dos agentes comunitários de saúde de duas áreas regionais do Rio Grande do Norte.

Foram pesquisados dezesseis municípios com população a partir de 5 mil habitantes da VI Ursap e os seis municípios que integram a Grande Natal, tendo como sujeitos da pesquisa os gestores municipais de saúde.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, seguindo um roteiro com nove questões, sendo três fechadas e seis abertas. Para Minayo (1994, p. 57), a entrevista "não significa uma conversa desprezível e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada". Foram também utilizados, como fonte de informações, alguns documentos da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte: relatório de gestão e documentos técnicos.

Foram assegurados a todos os entrevistados a liberdade para participação no estudo e o cumprimento dos preceitos éticos contidos na resolução 196/96 do CNS/MS, garantindo o anonimato e o retorno dos resultados do estudo.

As falas foram analisadas, considerando a análise de conteúdo apresentada por Bardin (1977), buscando estabelecer a interpretação das respostas, por meio da organização do material, do encontro dos significados e do estabelecimento de categorias. Assim, visando enriquecer a análise foram citados trechos de algumas falas.

Foram selecionadas como áreas para o estudo secretarias de saúde localizadas na VI Regional de Saúde e na região da Grande Natal. Essas regiões estão localizadas em pólos extremos do estado, com características bem diferenciadas.

Apresentando a área do estudo

VI Regional de Saúde

A VI Regional de Saúde jurisdiciona 37 municípios, totalizando 237.093 habitantes, situando-se no interior do estado na zona oeste, com uma densidade demográfica de 44,34 hab./km². A economia da região baseia-se na agropecuária, por meio da monocultura, da caprinocultura, da ovinocultura e da pesca. As características dos municípios são comuns às condições do sertão nordestino. A população enfrenta muitas dificuldades sociais e econômicas, além de conviver constantemente com os agravos da seca. A maior parte da população tem uma renda de um salário mínimo.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado na região em 1991. Atendendo inicialmente a onze municípios, o Programa passou, no ano seguinte, a abranger mais doze municípios. Atualmente, existe um

contingente de 534 agentes comunitários de saúde integrado às equipes do Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde.

Dessa região, foram selecionados, pelo estudo, 43% dos municípios, tendo como critério possuir, no mínimo, 5 mil habitantes. O Quadro 1 apresenta a situação da escolaridade dos agentes comunitários de saúde nos municípios, no qual se constata que 14% têm o ensino fundamental incompleto; 25%, o ensino fundamental completo; 59%, o ensino médio, e 2%, o ensino superior. A informação de que 59% dos agentes possuem ensino médio não chega a ser surpreendente, considerando que a região é um pólo beneficiado por escolas de ensino fundamental, médio e superior. O que define essa situação é a pequena oferta de empregos e os pequenos salários pagos na região. Não obstante, os percentuais de escolaridade encontrados no presente estudo serão importantes para o processo de qualificação profissional que deverá ter início ainda este ano.

Quadro 1 — Distribuição dos agentes comunitários de saúde por município, segundo a escolaridade. VI Ursap-RN. Natal-RN/janeiro, 2004

Município	Nº ACS*	Ens. fund. incomp.	%	Ens. fund. compl.	%	Ensino médio	%	Ensino superior	%
P. dos Ferros	63	12	19	13	21	34	54	04	06
São Miguel	46	09	20	13	28	24	52	—	—
Alexandria	34	—	—	12	35	22	65	—	—
Umarizal	28	02	07	04	14	22	79	—	—
Patu	25	03	12	04	16	17	68	01	04
Luis Gomes	23	05	22	05	22	13	56	—	—
T. Ananias	22	01	04	01	04	18	83	02	09
M.Vieira	19	01	05	07	37	11	58	—	—
Portalegre	17	02	12	05	29	10	59	—	—
S. Melo	17	—	—	05	29	12	71	—	—
A. Martins	16	05	31	07	44	04	25	—	—
José da Penha	15	—	—	05	33	10	67	—	—
D. Severiano	14	04	29	06	42	04	29	—	—
Martins	13	01	08	04	31	08	61	—	—
A. Afonso	12	02	17	02	17	08	66	—	—
Itaú	08	04	50	—	—	04	50	—	—
Total	372	51	14	93	25	220	59	07	2

Fonte: Gerência Estadual dos Programas Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, Secretaria Estadual de Saúde/RN.

* No levantamento feito nesta pesquisa, constata-se que alguns municípios, em decorrência do aumento da cobertura do PSF, ampliaram o nº de ACS (S. Melo = 27 ACS, São Miguel = 50 ACS, Itaú = 19 ACS e Itaú = 13 ACS). Os demais municípios permaneceram com o mesmo quantitativo.

Região da Grande Natal

A região da Grande Natal é constituída por seis municípios: Natal, a capital do estado, e cinco circunvizinhos: Parnamirim, Macaíba, São Gonçalo, Extremoz e Ceará-Mirim. Está situada no litoral oriental do estado, possui uma área de 1.906,5 km², com uma população de 1.131.348 habitantes, que apresenta a taxa de alfabetização de 78,9%. A maior parte da população, 87%, é residente da área urbana. Essa é a região mais importante do estado, tanto do ponto de vista econômico como populacional.

A oferta de trabalho é predominante no setor terciário, que, por sua vez, está concentrado na capital. Essa situação é responsável por um elevado fluxo migratório, determinando um intenso crescimento populacional, com conseqüências que afetam a qualidade de vida.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado na região inicialmente nos municípios de Natal, Ceará-Mirim e Macaíba, no ano de 1994, com um número muito reduzido de agentes. Somente a partir de 1998 começou a ser ampliado nos municípios de Natal e Macaíba. No ano de 1999, foi implantado em Parnamirim; em 2000, em São Gonçalo do Amarante; e em 2001, em Extremoz e reimplantado em Ceará-Mirim.

A região possui atualmente 1.167 agentes comunitários de saúde, vinculados, na sua maioria, à estratégia Saúde da Família, como informa o Quadro 2.

Quadro 2 — Distribuição dos ACS dos municípios da região da Grande Natal, segundo a vinculação ao PSF e ao PACS. Natal-RN/maio, 2004

Município	% ACS vinculados ao PSF	% de ACS vinculados ao PACS
Natal	65	35
Parnamirim	100	00
Ceará-Mirim	100	00
São Gonçalo	80	00
Macaíba	59	41
Extremoz	63	37

O Quadro 3 apresenta a situação da escolaridade desses agentes e constata que 70% têm o ensino médio. Comparando-se com a VI Regional, percebe-se uma pequena elevação do nível de escolaridade dos agentes. O que também não é surpreendente, considerando a concentração de escolas em Natal e a escassez de oferta de trabalho, que é uma característica também dessa região.

Quadro 3 — Distribuição dos agentes comunitários de saúde por município, segundo escolaridade.
Grande Natal- RN. Natal-RN/janeiro, 2004

Município	Nº ACS*	Ens. fund. incomp.	%	Ens. fund. compl.	%	Ensino médio	%	Ensino superior	%
Natal	592	15	04	113	18	460	77	04	1
Parnamirim	172	12	07	55	32	105	61	—	—
Ceará-Mirim	117	06	05	39	33	72	62	—	—
São Gonçalo	116	08	07	27	23	81	70	—	—
Macaíba	91	04	04	28	30	59	66	—	—
Extremoz	46	06	13	16	27	24	60	—	—
Total	1134	51	04	278	25	796	70	04	01

Fonte: Gerência Estadual dos Programas Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, Secretaria Estadual de Saúde/RN.

* No levantamento feito nesta pesquisa em maio/2004, verificou-se que o município de Natal, em razão do aumento da cobertura do PSF, ampliou o nº de ACS para 687. Os demais municípios permaneceram com o mesmo quantitativo.

Discutindo os resultados

A investigação das formas de vinculação dos agentes comunitários nos serviços de saúde das secretarias dos municípios selecionados confirmou a situação do panorama nacional já conhecido: grande parte das instituições públicas de saúde lança mão de contratos de caráter precário, a maioria sem garantias dos direitos trabalhistas. Neste estudo, foram identificados apenas quatro municípios que assumem os encargos sociais: Natal e São Gonçalo, da região da Grande Natal; e Umarizal e Tenente Ananias, da VI Regional de Saúde.

O estudo constatou que 59% dos municípios investigados utilizam contratos informais, e apenas 41% lançam mão de contratos temporários.² De acordo com Fernandes (2003), apenas um município, na VI Regional de Saúde,³ contrata agentes por meio de seleção pública, em regime celetista.

Em relação aos fatores que determinaram a opção das secretarias municipais de saúde pela modalidade de contratação adotada, os gestores não têm uma posição clara e unânime. A inexistência de uma normalização,

² Os contratos informais referem-se à prestação de serviço com termo de adesão assinado pelo agente, pelo prefeito e por testemunha, e ou aqueles contratos que se efetivam apenas com o lançamento do nome do trabalhador na folha de pagamento, utilizado pela maior parte dos municípios. Os contratos temporários são equivalentes a contratos de excepcional interesse público, bolsas de trabalho e aqueles de funções de confiança.

³ O município de Viçosa, localizado na VI Regional de Saúde, possui 1.548 habitantes, portanto não foi selecionado para este estudo. Existem apenas quatro agentes no município.

por parte do Ministério da Saúde, foi um determinante referido por 50% dos entrevistados. Essa resposta demonstra que boa parte da gestão das secretarias municipais de saúde ainda não concebe o agente comunitário de saúde como uma categoria permanente. Demonstra também a inexistência de uma política municipal de recursos humanos em saúde. Outros fatores citados também contribuem para essa análise: 25% dos entrevistados fizeram referência à impossibilidade da realização de concurso público; 15% disseram prosseguir com a forma de contratação adotada pela gestão anterior; 5% ressaltaram que o Programa Saúde da Família não tem um caráter definitivo e 5% citaram a não regulamentação da categoria.

Questionados sobre as vantagens das modalidades de contratação adotadas nas suas instituições, os entrevistados destacaram a possibilidade de contratar pessoas do próprio município e desligá-las do programa quando necessário. Os depoimentos abaixo ilustram essas afirmações:

A seleção dos agentes pode ser feita conforme o perfil traçado pelo Ministério da Saúde.

A vantagem é selecionar pessoas da área que conheçam a realidade da comunidade em que irão trabalhar.

A vantagem para os municípios é que o profissional pode ser desligado a pedido ou quando não está correspondendo.

Quando perguntados sobre as desvantagens, grande parte dos entrevistados destacou que a inexistência de garantia dos direitos trabalhistas cria dificuldades na relação gestor e trabalhador, irregularidade diante do Tribunal de Contas e insatisfação dos agentes.

O município fica irregular, pois a forma de contratação não é reconhecida pelo Tribunal de Contas do Estado e da União.

A falta de segurança do agente e de confiança que aquele é um trabalho dele e que lhe dará sustentação definitiva.

Não garante os direitos trabalhistas.

Outros motivos também foram apontados como causas da insatisfação, todavia percebe-se que eles estão diretamente relacionados à inexistência de direitos trabalhistas, como pode ser observado na relação a seguir: inexistência de vínculo com a instituição na qual os agentes desenvolvem suas atividades; insegurança pelo tipo de contrato; não valorização da categoria; não recebimento de algumas vantagens destinadas ao trabalhador

do quadro; insegurança pelo tipo de contrato; e o desconto do Imposto Sobre Serviços – ISS.

Essas insatisfações revelam-se de diversas maneiras, conforme as declarações dos entrevistados:

No atraso da entrega das informações mensais.

Pela desaprovação, em reuniões, de alguns descontos, considerando que eles não têm garantias.

Manifestam, em reuniões, o descontentamento com a falta de reconhecimento.

Pelas constantes reclamações e cobrança da regularização de sua situação.

Pelo desinteresse em participar de ações como campanhas de vacina.

Sobre as implicações decorrentes da forma pela qual o agente é contratado, os entrevistados tiveram opiniões divergentes; 54% afirmaram não haver relação entre a forma pela qual o agente é vinculado ao serviço e sua produção, como pode ser observado na citação a seguir:

Pode até ser que um ou outro agente não desenvolva seu trabalho como deveria. Mas percebo que muitos trabalham porque gostam e necessitam. Aos poucos eles vão conhecendo aspectos da sua área e percebendo a necessidade de ajudar os outros [...] O mais importante é a forma de gerenciá-los, aliada a um programa de capacitação.

Contrapondo-se a essa posição, 46% dos entrevistados disseram que a forma como se efetiva a vinculação do agente na secretaria de saúde influencia e interfere no processo de trabalho, trazendo as seguintes consequências:

- gera descompromisso;
- causa desmotivação;
- faz com que os agentes não se sintam subordinados ao município;
- diminui a produção no serviço;
- produz insegurança no trabalho.

Os depoimentos a seguir confirmam essas implicações:

Se existisse uma maior valorização, com certeza o trabalho teria qualidade bem superior.

Na maioria dos casos, o desestímulo não acarreta grandes prejuízos ao seu trabalho, mas alguns dos agentes já não produzem como no início dos seus trabalhos.

Eles se tornam inseguros, insatisfeitos e não fazem os seus trabalhos com motivação.

Solicitados para indicarem sobre qual seria a forma de contratação mais apropriada, os entrevistados expressaram opiniões bastante diversificadas, conforme pode ser observado no quadro a seguir:

Quadro 4 — Distribuição dos gestores quanto à opinião sobre modalidade de contrato mais adequada para os ACS. VI Regional de Saúde e região da Grande Natal. Natal-RN / maio, 2004

Modalidade de contrato/vínculo	Gestores %
Concurso público /regime celetista *administração direta	77
Concurso público /estatutário	09
Via cooperativa	04
Via ONG	04
Via consórcio intermunicipal – associações dos municípios. Regime celetista	04
Não especificou	02
Total	100

*Dois municípios mencionaram a realização de concurso interno para regularização da situação de agentes que já estão no serviço.

Algumas afirmações dos entrevistados sobre essa questão merecem ser ressaltadas:

Que os agentes fossem efetivados como funcionários do governo federal.

Por meio de ONGs ou cooperativas.

Seria via concurso público, desde que pudesse colocar algumas restrições para atender às diretrizes preconizadas do Programa (Pacs/PSF) pelo Ministério da Saúde.

Que eles fossem reconhecidos como profissionais, com direitos e deveres, como qualquer outra profissão.

Por meio de concursos públicos que garantissem sua permanência no emprego com seus direitos garantidos.

Se compararmos o Quadro 4, no qual se constata que 86% dos entrevistados indicam o concurso público como a forma mais adequada para se contratar os agentes comunitários, com a situação identificada por este estudo, em que 55% das secretarias de saúde contratam o agente sem qualquer tipo de direito trabalhista, é possível que seja pertinente a nossa observação

de que as secretarias municipais de saúde do Rio Grande do Norte vivem uma realidade paradoxal que demonstra a distância entre a intenção e o gesto.

Considerações finais

O presente estudo procurou discutir a precarização do trabalho do agente comunitário de saúde por meio da identificação das formas de vinculação desses trabalhadores aos serviços de saúde e sua relação com os direitos trabalhistas. Procurou também desvendar por meio do gestor de saúde, ou de um profissional autorizado por ele para responder às questões, quais as implicações que as modalidades de contratação utilizadas trazem ou trouxeram para as secretarias municipais de saúde. Essas implicações foram identificadas por meio das vantagens e das desvantagens referidas, assim como também pelas questões referentes às insatisfações dos agentes.

A discussão da contratação do agente comunitário é mais complexa do que aparenta, pois ela não é resultado de uma simples decisão do setor saúde em contratar desta ou de outra forma; ela decorre de importantes mudanças ocorridas, ao longo da década de 1990, na economia nacional, na administração pública e nas formas sociais de trabalho. Especificamente para este trabalho, essas mudanças estão representadas pelo trabalho flexível ou informal. Todavia, como já foi dito na Introdução, não faltam diagnósticos e análises da proliferação dos contratos informais ou, conforme foi adotado neste estudo, de contratos precários. O que parece faltar é a decisão dos gestores em assumir o problema para si em cada esfera de governo.

As secretarias municipais de saúde convivem com uma situação entre o reconhecimento do papel e da importância do agente comunitário de saúde nos serviços municipais e sua incapacidade, ou falta de vontade, de vincular esse profissional de forma permanente à instituição e, o que é pior, sua incapacidade de vinculá-lo por meio de um contrato de trabalho que lhe garanta direitos, como férias, licenças, décimo terceiro salário, aposentadoria, enfim, direitos de qualquer cidadão. Esse é um cenário sem dúvida preocupante, um cenário que aponta para o fim da sociedade salarial.

Referências bibliográficas

AZAIS, Cristian; CAPPELLIN, Paola. Para uma análise das classes sociais. In: SIQUEIRA, Deis. E.; POTENGY, Gisélia F.; CAPPELLIN, Paola (Orgs.). *Relações de trabalho, relações de poder*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de agentes comunitários de saúde*. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde, 1994.

CHERCHGLIA, Mariângela Leal. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, José Paranaguá; CASTRO, Janete Lima (Orgs.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde*. Natal: Editora da UFRN.

FERNANDES, Vicente de Paula. *A inserção do ACS na região oeste do Rio Grande do Norte*. Monografia (Curso de especialização de equipes gestoras dos sistemas e serviços de saúde) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2003.

FREEDHEIM, Sara Beth. *Por que os sinos dobram no Ceará: o sucesso de um programa de agentes de saúde comunitários no Ceará, Brasil*. Tese apresentada no Departamento of Urban Studies and Planning do Massachusetts Institute of Technology - MIT, para obtenção de título em Mestre em Planejamento Urbano. Junho, 1993.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública do Estado. *Subsídios para elaboração de programações regionais*. Cadernos de Planejamento no 2. Natal, 2002.

LIMA, Jacob Carlos de. *Metamorfoses do trabalho e na organização dos trabalhadores: notas a partir de uma experiência recente*. Disponível em www.fundaj.gov.br/observanordeste/obed002a.html Acesso em 04/06/2004.

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZAJDER, F. *O método das ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, F. B.; RAMOS, Zuleide. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis - o agente comunitário de saúde*. Disponível em www.unb.br/ceam/nesp/polrhs. Acesso em 09/06/2004.

NOGUEIRA, Roberto Passos (Coord.). *Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002 (Rede de Observatórios de Recursos Humanos de Saúde).

SIQUEIRA, Deis E.; POTENGY, Gisélia F.; CAPPELIN, Paola (Orgs.). *Relações de trabalho, relações de poder*. Introdução. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997. 239 p.

SIQUEIRA, Deis E.; SOUZA FILHO, Edson de. Identidade e identidade de classe: reflexões para pesquisa. In: SIQUEIRA, Deis E.; POTENGY, Gisélia F.; CAPPELIN, Paola (Orgs.). *Relações de trabalho, relações de poder*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

TENDLER, Judith. *Bom governo nos tópicos – uma visão crítica*. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: Enap, 1988. 288 p.

Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil

Sábado Nicolau Girardi, Cristiana Leite Carvalho, João Batista Girardi Jr. e Jackson Freire Araújo

Introdução

O esforço para dimensionar com alguma precisão o tamanho, a evolução, a estrutura ocupacional e setorial dos mercados de trabalho e os serviços envolvidos com a função saúde em nossa sociedade, considerando a complexidade de seus diversos segmentos e o estágio das fontes de informação disponíveis, apresenta grandes limitações, até pelo grau de especulação que a tarefa pressupõe. A escassez de recursos destinados a investigações de profundidade em âmbito nacional tem limitado as análises sobre a evolução do mercado de trabalho da área da saúde quase que exclusivamente à interpretação de dados existentes em fontes estatísticas secundárias, com categorias e recortes setoriais e ocupacionais previamente definidos, nem sempre adequados para captar as rápidas mudanças e os rearranjos que ocorreram no interior desses "mercados" ao longo dos últimos anos.¹

Durante os anos das décadas de 1970 e 1980, o inquérito da Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE, estatística que toma o universo dos estabelecimentos de serviços do núcleo do setor saúde, foi a base de dados a que mais se recorreu para avaliar a evolução e a composição do emprego em saúde. Surgiu daí uma forte tendência a limitar o conceito de emprego em saúde ao campo da demanda por trabalho em estabelecimentos de saúde (hospitais, clínicas e serviços diagnósticos). As análises do trabalho em saúde tomaram uma orientação distinta a partir de meados da década de 1990,

¹ Usamos a expressão mercados entre aspas no sentido de apontar para a natureza e a dinâmica especiais dos mercados de trabalho. A noção de mercadoria fictícia para referir-se à força de trabalho (Polanyi, 1944) tem uso já consagrado nos estudos sociológicos do trabalho e indica a forte necessidade da existência de instituições extramercado para o funcionamento dos "mercados" de trabalho (Polanyi, 1944). Mais recentemente, Freidson (2001) diferenciou três tipos ideais de mercado de trabalho: os mercados de trabalho regulados pelas forças de mercado; os mercados de trabalho burocraticamente regulados e os mercados de trabalho profissionalmente controlados. Os mercados de trabalho do setor saúde representam um dos exemplos mais típicos do terceiro tipo.

quando os dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), do Ministério do Trabalho e Emprego, passaram a ser mais utilizados. O uso dessas fontes permitiu que as análises do mercado de trabalho do setor e das ocupações de saúde fossem redescritas sob três "novas" dimensões da maior importância para a perspectiva do desenho e a implementação das políticas públicas para os mercados de trabalho: a dimensão econômico-setorial, a dimensão jurídico-institucional e a dimensão do mercado das profissões e ocupações propriamente ditas. Além disso, o uso dessas fontes permitiu um acompanhamento mais conjuntural dos fluxos de entradas e saídas e da evolução dos salários nos mercados formais da saúde. Duas importantes limitações, no entanto, logo se evidenciaram com o uso dessas fontes: primeiro, os dados restringiam-se ao segmento formal regulamentado do emprego assalariado; segundo, a maior parcela dos serviços públicos de saúde não está acessível nessas estatísticas, uma vez que o "grosso" desses estabelecimentos e vínculos de empregos está computado nas diversas classes constitutivas da "administração pública". Assim, algumas das reconfigurações mais expressivas e controvertidas dos mercados de trabalho em saúde ensaiadas ao longo da década de 1990 no Brasil – a precarização das relações laborais, inclusive na administração pública; a municipalização do emprego em saúde; o crescimento dos mercados de trabalho da medicina supletiva; a expansão dos negócios e da ocupação informal no setor; o vigoroso crescimento da assim chamada "outra saúde" – escapam quase completamente aos registros e às estatísticas citados. Da mesma forma, escapam-lhes os movimentos de terceirização e de flexibilização das relações de produção e serviços no setor, a exemplo do crescimento das cooperativas de trabalho e do recente *boom* das sociedades civis de profissões regulamentadas, bem como das novas formas da autonomia integrada ou de segunda geração, predominante entre os médicos, embora não a eles limitadas (Girardi, 2001). Por fim, escapam-lhes a vigorosa expansão observada no emprego em atividades de saúde, vinculadas ao poder público municipal e aos diversos segmentos da medicina supletiva. É bem verdade que a realização, nos anos mais recentes, de pesquisas de perfis profissionais (Machado et al., 1997) e de *surveys* não convencionais, a exemplo das pesquisas telefônicas (Girardi et al., 2000), tem permitido a captação de parte desses movimentos, mas sua utilização é ainda insuficiente. Vastos segmentos dos mercados – refiro-me aqui muito especialmente aos mercados informais e à "outra saúde" – encontram-se de qualquer forma quase completamente descobertos de diagnósticos mais abrangentes. Dessa forma,

dimensionar os mercados de trabalho em saúde e buscar caracterizar sua trajetória e tendências recentes revelam-se empreendimento nem sempre coroado de êxito, exigindo cautela na interpretação dos resultados encontrados.

Neste artigo, analisamos os principais aspectos da evolução e da estrutura dos mercados de trabalho da área da saúde no Brasil, no período recente (1995 a 2000), tomando por referência as informações da Relação Social de Informações Sociais do Ministério do Trabalho e Emprego. Isso significa, entre outras coisas, que a análise estará limitada ao segmento assalariado do mercado e ao comportamento do segmento formal da economia da saúde. Os mercados são enfocados em três de suas principais dimensões: a dimensão econômico-setorial, a dimensão jurídico-institucional e a do mercado das profissões e ocupações de saúde, com ênfase nas ocupações da área de enfermagem.

Análise setorial dos mercados de trabalho em saúde

Estimativas feitas a partir da Rais (Relação Anual de Informações Sociais) do Ministério do Trabalho e Emprego, considerada por pesquisadores da área de mercado de trabalho como um verdadeiro censo do emprego formal na economia, indicam a existência de cerca de 2,6 milhões de vínculos formais de emprego em estabelecimentos direta ou indiretamente vinculados à economia da saúde, dos quais 1,7 milhão corresponde a postos de trabalho assalariados em estabelecimentos do núcleo do setor (atividades de atenção à saúde das pessoas, como hospitais e clínicas e serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos). As atividades da malha da saúde (ou do macrossetor saúde) estariam gerando, portanto, mais de 10% do emprego formal urbano (dados relativos a dezembro de 2000). Cerca de 70% da ocupação assalariada do macrossetor está lotada em atividades de serviços de saúde. Isolando-se da análise os estabelecimentos e os empregos nos serviços de saúde do setor público, observa-se que os maiores empregadores correspondem aos estabelecimentos hospitalares (19,5%). As atividades assistenciais de saúde sem regime de internação (clínicas médicas, odontológicas, de enfermagem e demais profissionais de saúde, inclusive estabelecimentos terapêuticos alternativos) respondem por cerca de 10% do emprego formal, e as atividades de comercialização de produtos farmacêuticos e insumos (farmácias, drogarias, etc.), por outros 10% do emprego formal. As operadoras de planos e seguros de saúde, com 4,7% do emprego total, constituem-se num segmento de dinamismo e importância crescentes; além dos cerca de 122 mil empregados com vínculo celetista, a elas vinculavam-se mais 250 mil médicos

(credenciados ou cooperados) e outros 574 mil empregados indiretos.

Com relação ao porte de empregados, as atividades hospitalares, com índice de 56,2 empregados por estabelecimento, e a indústria farmacêutica, com 58,7 empregados por estabelecimento, são as que utilizam, em média, mais empregos por unidade "produtiva". No outro pólo situam-se as farmácias, os serviços diagnósticos e as atividades de atendimento à saúde sem regime de internação, todas elas com menos de seis empregados por estabelecimento. É importante destacar que apesar de essas médias poderem sugerir que os estabelecimentos possuem um tamanho médio relativamente grande, verifica-se uma proporção surpreendentemente alta de estabelecimentos de pequeno porte nas atividades do macrossetor saúde (Girardi e Nogueira, 1999). Dos aproximadamente 10 mil estabelecimentos de atividade hospitalar registrados na Rais em dezembro de 2000, 43,3% possuíam até quatro empregados e 6% não registravam sequer um emprego. De acordo com critérios adotados pelo IBGE na Pesquisa do Setor Informal no Brasil, realizada em 1997, todos esses estabelecimentos poderiam ser classificados como informais. Na verdade, pesquisas mais recentes vêm demonstrando que a maior parte desses estabelecimentos não se constitui de fato como unidades hospitalares, mas como atividades de prestação de serviços hospitalares organizadas juridicamente como empresas de profissionais de saúde subcontratadas do segmento hospitalar mais organizado. Não se trata, portanto, de locais físicos para atendimento, mas de profissionais organizadas como pessoas jurídicas que prestam serviços dentro dos hospitais.

Composição jurídico-institucional do mercado de trabalho do setor saúde

Com relação à composição jurídico-institucional do mercado de trabalho do setor saúde, os dados evidenciam uma característica distintiva das atividades do setor saúde, qual seja, o grande peso que nelas jogam as instituições públicas e as entidades não lucrativas do terceiro setor, seja na oferta de serviços, seja na oferta da oportunidade de empregos. O peso atual do setor público municipal merece destaque. Com 24,6% do emprego, a posição do setor público municipal é superada apenas pelos estabelecimentos empresariais lucrativos, que somam 25,6% desses empregos. Pode-se ver, por exemplo, que um de cada seis empregos formais existentes nos setor público

municipal se localiza em serviços de saúde, o mesmo acontecendo no mercado de trabalho do terceiro setor, que tem 16,4% de seus empregos em serviços de saúde. Por outro lado, para o segmento das entidades empresariais, a ocupação em saúde detém um peso muito menor (2,6% com relação ao emprego em todos os setores do segmento).

Os mercados de trabalho dos profissionais de saúde

As profissões de saúde e ocupações relacionadas à função saúde somavam 930.189 vínculos formais de emprego, representando 3,5% do mercado de trabalho assalariado formal brasileiro em dezembro de 2000. Em relação ao ano de 1995, houve um ganho de 113.351 vínculos de emprego, o que representou um crescimento bruto de 13,9%. No mesmo período, o emprego assalariado no conjunto da economia saltou de 23,8 para 26,2 milhões - incremento de 10,4%. As categorias de pessoal auxiliar de enfermagem somavam 52,7% dos vínculos de emprego de profissionais de saúde em 2000, tendo aumentado seu peso relativo com relação ao ano de 1995, quando representavam 49,1% do mercado dos profissionais de saúde. Os vínculos assalariados de médicos baixaram sua participação de 17,9% para 16,4% do total, e os enfermeiros também tiveram seu peso relativo reduzido de 8,7% para 7,5% nesses mercados. Em termos de dinâmica do estoque das categorias profissionais de nível superior, o maior crescimento observado no período 1995/2000 ficou reservado para os farmacêuticos. Estes tiveram um aumento de cerca de 10 mil vínculos de emprego, o que representou um crescimento de 31,5%. Apresentaram crescimento acima da média, além dos farmacêuticos, os terapeutas ocupacionais, os fisioterapeutas e os psicólogos. Tiveram variação negativa nos estoques os assistentes sociais, os dentistas e os enfermeiros. Os vínculos de médicos aumentaram 4,1%, em termos brutos, no período. A título de comparação, observa-se que no período analisado o número de graduados cresceu bem à frente do crescimento do emprego para todas as categorias, com a notável exceção dos médicos. Assim, o número de concluintes de escolas de farmácia cresceu cerca de 76% entre 1995 e 2000, o de enfermagem, em 23%, o de odontologia, em 18%, o de nutrição, em 58%, e o de terapeutas, em 100%, em média; para os médicos, esse crescimento foi de apenas 2% (Inep/MEC, 1990-2000).

Os mercados profissionais por grandes setores institucionais

Com relação a grandes setores institucionais, observa-se que 55,6% dos empregos de profissionais de saúde se encontram em estabelecimentos de natureza privada (lucrativos e não lucrativos), contrastando com a participação do setor privado para o conjunto dos empregados na economia, que chega a 76,5%. O setor público é responsável por 24% do emprego formal na economia brasileira e perto de 44% dos empregos de categorias de profissionais de saúde. Os maiores índices de participação do setor público no emprego são observados entre os dentistas (72,8%), médicos (66,6%) e assistentes sociais (61,6%).

Não se observam alterações muito significativas na distribuição institucional do emprego para a maioria das profissões de saúde entre os setores público e privado entre 1995 e 2000. Para o conjunto das profissões de saúde, o peso relativo do setor público diminuiu ligeiramente – 1,8 pontos percentuais – contra um aumento de 2,2 pontos percentuais das entidades sem fins lucrativos e de 0,4 pontos do privado lucrativo. Para os demais grupos ocupacionais da economia, a queda da participação do setor público no mercado de trabalho formal foi de 2,6 pontos percentuais, o que coincide com um ganho de 2,6 pontos percentuais no setor privado lucrativo. Na área das ocupações de enfermagem, contudo, observam-se alterações de maior monta, principalmente entre os atendentes de enfermagem, que têm queda de seus estoques em números absolutos em todos os segmentos.

As Tabelas 6 e 7 mostram, respectivamente, os dados da distribuição percentual do emprego entre as esferas administrativas do setor público e os índices da evolução do emprego entre 1995 e 2000. Conforme se pode ver, o período 1995/2000 é marcado por uma "migração" do emprego público em saúde em direção à esfera municipal *vis-à-vis* um forte enxugamento da esfera federal. O setor público estadual manteve sua participação mais ou menos nas mesmas proporções. Os estabelecimentos do setor público municipal, que já detinham 40,2% do emprego público de profissionais de saúde em 1994 – o que já era um reflexo da municipalização da saúde propiciada pela implementação da política de construção do SUS –, passam a segurar uma participação de mais de 55% em 2000. Relativamente ao mercado de trabalho do setor público das ocupações da área de enfermagem, as instituições da esfera pública municipal passaram a deter cerca de 50% dos empregos de enfermeiros e mais de 60% dos empregos de auxiliares de enfermagem.

Em relação aos índices de crescimento bruto do emprego para o período citado, os dados confirmam o processo de municipalização da saúde e, aparentemente, traduzem uma certa divisão do trabalho entre as instituições do setor público na qual se observa uma "especialização" da esfera municipal na função saúde: os empregos de saúde cresceram 50% no setor público municipal contra um crescimento de 20% dos empregos de trabalhadores de outras famílias ocupacionais. Tais dados mostram-se compatíveis com a informação de que, em média, os municípios brasileiros teriam gasto – nos exercícios de 2000 e 2001 – aproximadamente 20% de suas receitas orçamentárias para pagamento de ações e serviços de assistência à saúde.²

O comportamento do mercado assalariado por segmento institucional: celetistas versus estatutários³

Analisando os índices de variação do estoque de empregos de profissionais de saúde comparando os segmentos celetista e estatutário do mercado de trabalho formal, nos períodos 1990/1995 e 1995/2000, respectivamente, observamos que os índices positivos do crescimento do emprego no segmento estatutário do mercado de trabalho no período 1990-1995 contrastam fortemente com o desempenho francamente negativo do mercado celetista no período. Com efeito, os empregos dos profissionais de saúde, considerados em seu conjunto, cresceram no quinquênio referido a uma razão geométrica de 13,9% ao ano, e os dos demais trabalhadores da economia, 6,37% aa. no período. No mesmo período, os vínculos de emprego regidos pela CLT experimentaram variação negativa de 1,47% aa. para os profissionais de saúde e 0,94% aa. para os demais trabalhadores da economia. Os empregos de médicos sob o regime celetista, por exemplo, decresceram à razão negativa de 8,4% ao ano no período. Essa tremenda discrepância das *performances* do emprego estatutário e celetista é quase completamente eliminada no período subsequente (1995-2000). De fato, ocorre mesmo uma discreta inversão da tendência do período anterior na medida em que os celetistas passam a apresentar índices de crescimento ligeiramente maiores, 2,27% aa. e 2,04% para pessoal de saúde e outros trabalhadores, respectivamente, contra índices de 1,77% aa. e 1,56% aa. para os estatutários.

² Cf. Girardi e Girardi, 2002. *Gastos municipais em saúde: o peso do fator recursos humanos*.

³ Para captar os movimentos ocorridos nesses dois segmentos do mercado de trabalho em saúde, tivemos de recuar o período sob análise até 1990, uma vez que a lei que regulamenta o RJU instituído pela Constituição Federal de 1988 é de 1990 (Lei nº 8.112/90 alterada pela MP nº 1.595-14, de 10/11/97).

Seja como for, em termos de distribuição do emprego pelos dois segmentos do mercado formal de trabalho, os vínculos de regime CLT, que representavam 79,4% do mercado dos profissionais de saúde em 1990, baixaram sua participação para 65,1% em 1995 e 64% em 2000. Para os demais trabalhadores da economia, o segmento celetista reduziu sua participação de 83,7% no princípio da década para 78,2% em 1995 e 78,4% em 2000.

Uma última consideração merece ser feita. Esse processo de conversão de posições assalariadas no mercado de trabalho de regime CLT para o Regime Jurídico Único fez-se acompanhar por mudanças na classificação ocupacional, "escondendo" parte mais ou menos considerável – dependendo da ocupação – do crescimento de vínculos de profissionais de saúde. Tomando o caso dos médicos, por exemplo, cerca de 25% dos empregados registrados como médicos na Rais em 1989 estavam empregados em 2000 sob a rubrica de "funcionários públicos" ou "outros agentes da administração pública". O mesmo fenômeno atinge 18% dos enfermeiros e cerca de 10% dos dentistas assalariados registrados na Rais (Raismigra – Saúde, 1989-2000).

Perfil dos vínculos de profissionais da saúde assalariados

As mulheres representam cerca de 73% dos empregos das ocupações de saúde. Das quinze categorias de saúde selecionadas, em apenas quatro existe uma maior participação masculina – médico (60%), médico veterinário (75%), ortoptista/ótico (69%) e operador de equipamentos médicos e odontológicos (56%). Nas restantes, as mulheres estão presentes em proporções maiores que 65% dos empregos. A idade média dos profissionais de saúde praticamente não se alterou no período analisado, com um aumento de apenas um ano na idade média do conjunto das categorias analisadas, passando de 37 anos, em 1995, para 38 anos de idade, em 2000. Para o conjunto das categorias de saúde, a idade média variou de 34 a 42 anos de idade em 2000. Em termos comparativos, os profissionais de saúde apresentam maior idade média que o conjunto dos trabalhadores da economia (35 anos). Esse fato expressa, provavelmente, a ação de três fatores combinados: o grau mais elevado de participação de profissões regulamentadas no setor saúde, a maior participação do setor público no mercado formal do setor e um aumento mais que proporcional dos anos de escolarização da força de trabalho em saúde.

O salário médio para o conjunto das categorias de saúde está em torno de 6,5 salários mínimos, sendo o menor salário o dos ortoptistas/óticos (3,8 SM) e o do pessoal de enfermagem (3,9 SM) e o maior o dos médicos (12,2 SM)

e veterinários (11,8 SM). Como a carga horária semanal contratada varia bastante entre as diversas categorias, um ajuste é necessário para analisar comparativamente o valor da hora contratada desses profissionais.⁴ Tomando o maior salário ajustado, dos médicos, como 100, tem-se um índice de remuneração média que mostra que os ortoptistas/óticos e o pessoal de enfermagem recebem respectivamente 21% e 24% do salário do médico. Para os farmacêuticos, esse valor não chega a ser nem a metade do salário médio do médico, significando 38% dessa remuneração. Os valores que mais se aproximam da remuneração média dos médicos são os do veterinário (74%), do dentista (71%) e do biólogo (68%). Em relação ao ano de 1995, observa-se que o salário médio do conjunto dos profissionais permaneceu o mesmo, representado naquela época por 6,7 salários mínimos. Como em 2000, os menores salários ficavam para os ortoptistas/óticos (3,5 SM) e para o pessoal de enfermagem (4,1 SM), com valores semelhantes aos de 2000. Os maiores valores de salários médios praticados em 1995 foram para os veterinários (13,2 SM), médicos (11,7 SM) e biólogos (11 SM). Quando utilizamos valores ajustados à hora contratada, encontramos um valor ainda menor para os ortoptistas/óticos (19%) e praticamente o mesmo para o pessoal de enfermagem (25%) relativamente ao salário dos médicos. Os valores que mais se aproximam da remuneração média dos médicos são os dos mesmos profissionais: veterinários (80%), dentistas (74%) e biólogos (68%). Nesse caso, houve uma diminuição da remuneração média para veterinários e dentistas relativamente aos salários praticados para os médicos entre o período de 1995 a 2000.

O tempo médio de permanência de emprego em 2000 foi de sete anos para o total dos profissionais de saúde. Das quinze categorias selecionadas, temos uma maioria, dez categorias, que possui um tempo médio de permanência no emprego igual ou menor do que a média. O menor tempo de emprego fica para a categoria dos farmacêuticos, representado por 4,1 anos, seguido dos ortoptistas/óticos, com 4,6 anos. Em ordem decrescente para o *tempo de permanência no emprego* estão as profissões de veterinário, dentista, médico, assistente social e biólogo, com tempo de permanência no emprego acima da média, variando de 7,8 a 9,8 anos. Para o ano de 1995, esse tempo de permanência no emprego apresentava-se menor, com uma média de 6,2 anos

⁴ Conforme se sabe, o setor saúde apresenta importantes peculiaridades no que diz respeito a cargas horárias e organização das jornadas de trabalho, e não somente no Brasil, como em outros países. Fatores como adicionais de trabalho noturno, adicionais de plantão, de insalubridade, entre outros, apresentam grande peso no padrão de remuneração dos profissionais do setor.

para o conjunto das categorias de saúde. Esse tempo aumentou para o ano de 2000 para todas as categorias de saúde, com exceção dos farmacêuticos, que tiveram um tempo médio de permanência ligeiramente reduzido em relação ao ano de 1995, passando de 4,9 anos para 4,1.

Tabela 1 — Indicadores gerais dos mercados de trabalho de profissionais de saúde empregados no mercado formal (todas as atividades e setores). Brasil, 1995

Categoria profissional	Nº vínculos ativos	% Particip. feminina	Idade média	Salários médios (sal. min.)	Horas semanais contratadas	Índice de remuneração média ajustado*	Tempo médio de emprego, em meses
Biologistas	6.536	66,9	36	11,0	38	68,2	79
Bacteriologistas	9.203	65,8	35	7,3	36	47,5	63
Médicos	146.141	37,7	40	11,7	27	100,0	84
Cir. dentistas	39.023	53,9	38	8,8	28	73,5	96
Méd. veterinários	7.294	20,4	38	13,2	38	80,4	102
Farmacêuticos	30.447	65,8	37	5,7	38	35,3	59
Nutricionistas	11.242	93,6	34	8,0	39	48,2	60
Enfermeiros	71.097	88,2	36	8,4	38	51,9	74
Assist. sociais	32.740	90,0	37	8,4	38	51,9	82
Psicólogos	14.032	88,2	36	9,3	34	63,6	74
Ortopistas e óticos	1.634	32,4	32	3,5	43	19,3	48
Terapeutas	11.170	80,8	33	6,1	34	42,4	51
Op. eq. med. e odont.	19.311	44,5	37	5,7	32	41,8	75
Méd. outros	15.677	78,4	34	5,6	36	36,2	63
Pessoal de enfermagem	401.282	84,2	36	4,1	38	24,7	72
Auxiliar de enferm. em geral	199.899	86,1	36	4,7	38	28,6	64
Auxiliar de enf. do trabalho	2.304	77,0	37	4,6	37	28,9	64
Atendente de enfermagem	126.616	86,5	38	3,3	39	19,5	82
Visitador sanitário	4.214	51,0	34	2,5	39	14,9	69
Auxiliar de banco de sangue	1.590	75,3	33	5,0	37	31,0	53
Instrumentador de cirurgia	1.352	90,0	37	4,8	38	29,4	84
Parteira prática	1.052	96,0	44	2,6	35	17,5	133
Aux. de lab. análises clínicas	9.846	74,1	31	3,5	39	20,7	55
Aux. lab. análises físico-Q	2.879	38,0	30	5,1	42	28,2	70
Outro pess. enferm.	51.530	79,1	36	3,8	38	23,2	80
Total pessoal de saúde	816.838	72,4	37	6,7	35	44,0	75

Fonte: Rais/TEM.

*Calculado por meio do ajuste da remuneração média ao número de horas contratadas; a remuneração do médico foi tomada como igual a 100, a partir da qual se constituíram os índices das outras categorias.

Tabela 2 — Indicadores gerais dos mercados de trabalho de profissionais de saúde empregados no mercado formal (todas as atividades e setores). Brasil, 2000

Categoria profissional	Nº vínculos ativos	% Particip. feminina	Idade média	Salários médios (sal. min.)	Horas semanais contratadas	Índice de remuneração média ajustado*	Tempo médio de emprego, em meses
Biologistas	7.374	73,2	37	10,9	37	68,4	94
Bacteriologistas	9.890	66,2	36	7,5	37	47,4	71
Médicos	152.119	39,6	42	12,2	29	100,0	100
Cir. dentistas	38.533	57,4	40	8,6	28	71,4	113
Méd. veterinários	8.005	25,0	40	11,8	37	73,5	118
Farmacêuticos	40.040	67,3	37	6,3	39	37,6	49
Nutricionistas	12.167	94,3	35	7,6	39	45,7	67
Enfermeiros	69.774	89,7	37	9,3	37	58,0	82
Assist. sociais	30.956	93,0	40	8,1	37	50,8	100
Psicólogos	16.292	89,5	38	8,6	34	59,2	84
Ortoptistas e óticos	1.573	30,5	34	3,8	43	20,9	55
Terapeutas	13.348	81,0	34	6,4	33	45,6	64
Op. eq. med. e odont.	21.574	44,3	38	5,2	32	38,4	79
Méd. outros	18.673	78,3	35	5,2	37	33,3	68
Pessoal de enfermagem	489.871	82,8	37	3,9	39	23,8	80
Auxiliar de enferm. em geral	314.233	84,9	37	4,2	38	25,7	75
Auxiliar de enf. do trabalho	3.827	76,7	38	4,1	39	24,6	67
Atendente de enfermagem	68.609	86,5	41	3,3	39	19,8	109
Visitador sanitário	10.150	54,0	34	2,3	40	13,5	58
Auxiliar de banco de sangue	1.888	74,0	—	4,7	38	0,0	58
Instrumentador de cirurgia	1.307	87,5	37	4,3	39	25,9	82
Parteira prática	765	96,7	47	2,4	34	16,4	182
Aux. de lab. análises clinic.	13.747	75,8	32	2,9	40	17,0	58
Aux. lab. análises físico-Q	3.526	47,8	30	3,7	43	20,3	52
Outro pess. enferm.	71.819	77,3	36	3,7	39	22,2	81
Total pessoal de saúde	930.189	73,3	38	6,5	36	42,1	84

Fonte: Rais/TEM.

*Calculado por meio do ajuste da remuneração média ao número de horas contratadas; a remuneração do médico foi tomada como igual a 100, a partir da qual se constituíram os índices das outras categorias.

Considerações finais

É importante que se tenha em mente que os números relativos a dimensões e à composição institucional dos mercados de trabalho setoriais e dos mercados profissionais apresentados se referem tão-somente ao segmento da ocupação com posições assalariadas nesses mercados. Os erros no dimensionamento dos mercados de cada um desses segmentos e profissões são, portanto, diretamente proporcionais ao peso que as formas de ocupação não assalariadas (autônomos, empregados informalmente, etc.) detêm nos segmentos do setor e profissões.

Com base na PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios), do IBGE, Deddeca e colaboradores (2001, p. 179) estimaram em 5,6 milhões o número total de pessoas ocupadas em atividades direta ou indiretamente relacionadas à saúde. Apesar de os dados dessas fontes não serem diretamente comparáveis, pode-se dizer que eles fornecem uma pista acerca das dimensões da ocupação e da produção de serviços de saúde e relacionados, não incorporados à relação salarial típica na economia da saúde. Em linhas gerais, encontra-se fora da relação salarial típica um conjunto muito heterogêneo de arranjos, a exemplo dos contratos de trabalho heterônomos precarizados, dos ocupados por conta própria ou auto-empregados de pequena ou baixa qualificação (ocupações não regulamentadas), do trabalho autônomo "liberal", do trabalho autônomo cooperado, dos autônomos contratados para prestação de serviços, das pequenas empresas de profissionais de saúde subcontratadas do setor organizado (sociedades de quotas limitadas e sociedades civis de profissões regulamentadas), dos profissionais "irregulares" e alternativos, etc.

Evidentemente, o peso dessas formas não assalariadas de ocupação de força de trabalho não captada pela Rais varia para ambos, segmento empregador e profissão.

Assim, por exemplo, um certo subdimensionamento do peso dos empregadores municipais pode ser inferido, entre outros fatores, pelo fato de a maior parte dos aproximadamente 200 mil profissionais de saúde ocupados no Programa Saúde da Família não estarem empregados nem em regime CLT, nem como estatutários, nem sob qualquer outra forma de relação de emprego regulamentada. Com efeito, mais de 70% das prefeituras, por restrições orçamentárias ou "flexibilidade gerencial", utilizam preferencialmente formas de contratação de médicos e enfermeiros que não configuram

relação de emprego.⁵ Se essa é "a regra de mercado" para contratação de médicos, certamente esse não é o caso dos enfermeiros.

Da mesma forma, pode-se inferir que o peso dos estabelecimentos hospitalares lucrativos e da rede hospitalar vinculada ao terceiro setor na ocupação setorial também se encontra subdimensionado, especialmente no que diz respeito à ocupação de profissionais médicos. Se tomarmos o caso de São Paulo como indicativo do panorama nacional, os aproximadamente 24 mil vínculos de médicos assalariados reportados em estabelecimentos lucrativos escondem, por assim dizer, um volume muito maior de médicos ocupados no segmento. Nesse estado, pouco mais de 6% dos hospitais com fins lucrativos revelaram, em pesquisa recente, propensão de contratar especialidades médicas preferencialmente pela via da relação salarial – 43% preferem contratar especialidades médicas sob formas autônomas e 41% optam por formas intermediadas por cooperativas e grupos médicos (Girardi, 2002a). Da mesma forma, os aproximadamente 27 mil vínculos de médicos reportados pelos estabelecimentos do terceiro setor subestimam o peso do segmento, se considerarmos o indicativo de que apenas 13% dos hospitais não lucrativos do país revelaram em um levantamento recente propensão preferencial de contratar serviços de profissionais médicos sob a relação salarial típica (Girardi et al., 2001). O mesmo não acontece, no entanto, com relação às ocupações de enfermagem, para as quais os dados da Rais refletem com maior aproximação o volume de ocupados nos diversos segmentos do setor. Em todas as pesquisas anteriormente referidas, mais de 90% dos gestores hospitalares entrevistados reportaram propensão preferencial de contratação de enfermeiros e pessoal auxiliar de enfermagem via contratos salariais típicos.

Também com relação ao dimensionamento dos mercados profissionais propriamente ditos, os dados da Rais refletem a situação do mercado das profissões de forma diferenciada. Em linhas gerais, as profissões com maior volume e peso relativo de posições assalariadas no mercado tendem a ter aspectos de seus mercados mais bem representados. Inversamente, quanto maior a capacidade das profissões de basear seu trabalho em consultórios

⁵Dados obtidos por levantamento feito pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFMG, durante os meses de novembro e dezembro de 2001, por meio de entrevistas telefônicas, com 759 municípios brasileiros. Na amostra, representativa dos municípios com PSF (margem de erro de 5%), buscou-se conhecer as formas de contratação utilizadas para condução do PSF, níveis de precarização do trabalho e razões e desvantagens atribuídas pelos gestores à adoção das formas de contratação. Ver Girardi e Carvalho (2002), Contratação e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família no Brasil, Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos para a Saúde/Ministério da Saúde.

privados, ou de vincular-se como autônomos ou de organizar-se como grupos de prática ou sociedades civis para prestação de trabalho para provedores hospitalares e clientes – cobertos ou não por terceiros pagadores –, maior a necessidade de recorrer-se a fontes adicionais.⁶

Um aspecto que talvez deva ser finalmente ressaltado com relação à detenção pelos profissionais de posições não assalariadas no mercado diz respeito aos diferentes significados do trabalho "frágil" para as diversas categorias de trabalhadores e profissionais de saúde. Com efeito, estar excluído da relação salarial tem um significado completamente diferente para um trabalhador de uma profissão com prerrogativas de auto-regulação, que, para dizer o mínimo, controla importantes aspectos de seu mercado de trabalho – como a medicina ou a odontologia – e para um trabalhador de uma ocupação não regulamentada ou mesmo fracamente regulamentada, que tem seu mercado de trabalho controlado quase que totalmente pelas organizações empregadoras ou pelo movimento da oferta e da demanda nos mercados.

Em que pesem todas essas limitações, a análise dos dados reportados pela Rais permite destacar as seguintes conclusões principais:

- (i) mais de 10% da ocupação assalariada no mercado formal de trabalho do país encontra-se ligada a estabelecimentos do macrossetor saúde (cerca de 7% em estabelecimentos do núcleo do setor);
- (ii) em termos de distribuição institucional, 16% dos empregos regulamentados vinculados ao setor público municipal; 12% do emprego público dos estados e da União; 16% dos empregos vinculados a instituições do terceiro setor e perto de 3% do emprego formal em atividades empresariais lucrativas encontram-se na área da saúde;
- (iii) enquanto para os demais trabalhadores da economia a participação do setor público diminuiu ligeiramente sua importância, para os profissionais de saúde a participação do setor público aumentou, fato que pode ser associado, em larga medida, com a transferência das responsabilidades para com a atenção à saúde para os municípios, como decorrência da construção institucional do Sistema Único de Saúde ao longo da década de 1990;

⁶ A profissão médica cobraria, de uma certa forma, uma posição diferenciada com relação às demais profissões da área da saúde, na medida em que detém uma multiplicidade maior de inserções numericamente significativas nos diversos segmentos do mercado. Ver Machado, 1997.

- (iv) a composição do emprego em saúde revela um *mix* institucional, com distribuição mais ou menos equilibrada dos vínculos assalariados entre as instituições do setor público (51,3%) e do setor privado (25,6% em entidades empresariais e 18,8% em entidades do terceiro setor);
- (v) a ocupação assalariada em profissões de saúde cresceu à frente dos demais trabalhadores da economia, em que pese tal crescimento, para a maioria das ocupações de educação superior, tenha se situado abaixo do crescimento do número de concluintes desses cursos (exceção feita aos médicos);
- (vi) a conversão de vínculos de regime CLT para o regime estatutário (RJU) figura entre as reconfigurações mais notáveis ocorridas no âmbito dos mercados de trabalho em saúde ao longo dos anos 1990, ainda que esse movimento se tenha estancado nos anos finais da década;
- (vii) *pari passu* à conversão dos vínculos assalariados para o regime estatutário, a instituição do RJU e a adoção mais ou menos generalizada de Planos de Cargos e Salários no âmbito dos estados e parte dos municípios brasileiros resultaram numa reclassificação de vínculos assalariados de profissionais de saúde, que passaram a ser registrados na Rais sob as denominações ocupacionais próprias dos serviços públicos, como "funcionários públicos", "agentes da administração pública", "analistas da saúde", etc.

Finalmente, pode-se dizer que a análise dos mercados de trabalho sob o recorte de grandes setores institucionais permite ver que os diversos setores institucionais da economia da saúde (público, empresarial e privado sem fins de lucro) reagiram de forma diferenciada – de acordo com o maior ou o menor grau de autonomia e capacidade de ação discricionária diante do Estado – às diversas políticas públicas que impactaram sobre os mercados de trabalho, sejam elas de corte setorial, como a política de municipalização dos serviços de saúde, a estratégia de Saúde da Família e a regulamentação dos planos e seguros de saúde, sejam elas extra-setoriais, como as políticas tributárias e fiscais, as políticas educacionais e as políticas de emprego e salários.

Referências bibliográficas

DEDDECA, C. S. et al. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp, 2001.

FREIDSON, E. (2001). *Professionalism: the third logic on the practice of knowledge*. The University of Chicago Press.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI, J. B. Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório. *Anales del 3º Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo*, Buenos Aires, Mayo de 2000.

GIRARDI, S. N. (Coord.) et al. *Rede hospitalar filantrópica no Brasil: perfil institucional e ofertas de serviços*. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde/SIS/Ministério da Saúde. Relatório de Pesquisa, 2001.

GIRARDI, S. N. (Coord.) et al. *Mercado de trabalho médico no Estado de São Paulo*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado - Nescon - UFMG. São Paulo: Cremesp, 2002a. 69 p.

GIRARDI, S. N.; GIRARDI, J. B. *Gastos municipais em saúde: o peso do fator recursos humanos*. Belo Horizonte: UFMG, 2002b. (Mimeogr.)

IBGE. *Assistência médico-sanitária*, CD-R do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1999.

_____. *Pesquisa do setor informal no Brasil*. Web site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1997.

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Web site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1999.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A ed. 2001.

MACHADO, M. H. (Coord.) et al. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília: Censo de Educação Superior, 1990 a 2000.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. Registros Administrativos do Cadastro Geral dos Empregados e Desempregados Brasília, Série 1990 a 2000.

_____. Registros Administrativos da Relação Anual de Informação Social. Brasília, Série 1990 a 2000.

_____. Registros Administrativos da Relação Anual de Informação Social. Brasília, Rais Migra Saúde, 1989-2000.

NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. *Perfil do emprego na função saúde*. Brasília: Ipea, 1999.

POLANYI, K. *The Great Transformation*. New York: Rihnehart, 1944.

ZAYEN et al. *Economia política da saúde: uma perspectiva quantitativa*. Texto para discussão nº 370. Brasília: IPEA, 1995.

O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças¹

Rômulo Maciel Filho e Célia Regina Pierantoni

Introdução

Este artigo tem por objetivo recuperar os aspectos conceituais que envolvem o trabalho e suas aplicações para a área da saúde, focalizando o profissional médico.

A escolha do tema relaciona-se tanto pela centralidade desse profissional para o trabalho em saúde como pela necessidade de conhecimentos sobre a percepção das mudanças ocorridas na profissão relacionadas a: perda de autonomia, assalariamento, condições de trabalho, flexibilização das relações de trabalho, incorporação tecnológica e especialização, priorização da atenção básica na política de saúde e expansão do mercado de trabalho no Brasil via estratégia de Saúde da Família nos anos recentes.

A partir da análise e das abordagens sobre o mercado de trabalho médico, seu contexto histórico, político, econômico, social e institucional, pretende-se contribuir para a compreensão de fatores determinantes envolvidos na área de recursos humanos e das possibilidades de intervenção das políticas públicas, em especial da política de saúde.

Aspectos conceituais

Transcorridos quinze anos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os principais obstáculos à garantia de universalização e equidade da atenção à saúde permanecem sendo os desequilíbrios econômicos, regionais e institucionais que ainda caracterizam o setor e compõem o quadro geral de desigualdades da sociedade brasileira desde seus primórdios.

Tais desequilíbrios têm dificultado a gestão do mais complexo insumo do setor, os recursos humanos, agindo sobre sua dinâmica, formação, estrutura

¹ Este artigo integra parte da pesquisa *Distribuição dos médicos no Brasil: um desafio para a política nacional de recursos humanos em saúde*.

ocupacional e mercado de trabalho, que são fortemente influenciados pela lógica econômica da produção de bens e serviços de saúde. Essa influência é de tal magnitude que, ainda que se postule por um conceito mais humanizado para se referir aos profissionais empregados no setor, não há como ignorar seu caráter de insumo no mercado capitalista. Entende-se, assim como Nogueira (1983, p. 62), que:

[...] não faz sentido rejeitar a expressão recurso humano em nome de um pseudo-humanismo que não admite a redução do trabalhador a uma coisa gerenciável, o que seria uma atitude semelhante à de negar que, no mercado capitalista, a força de trabalho possa aparecer na qualidade de uma mercadoria. As cruas relações político-institucionais, assim como as econômicas, são inteiramente objetivas e devem ser reconhecidas como tais para que possamos transformá-las e verdadeiramente humanizá-las.

O mesmo autor reforça a compreensão de que os conceitos de *recursos humanos e força de trabalho*, embora aparentemente muito próximos, têm cada um sua própria esfera de aplicação. Consagrado na economia política clássica de Smith, Ricardo e Marx, o termo *força de trabalho* presta-se a um uso simultaneamente descritivo e analítico de fenômenos demográficos e macroeconômicos, que envolvem produção, emprego, desemprego, renda, divisão de trabalho, assalariamento, etc. A expressão *recurso humano*, por sua vez, é originária da ciência da administração e refere-se à ótica gerencial ou de planejamento, em âmbito micro ou macroinstitucional, remetendo à gestão, à capacitação, à seleção, ao plano de cargos e salários, dentre outros aspectos, tendo sua raiz doutrinária na teoria de sistemas (id., *ibid.*).

Troncoso et al. (1986) oferecem interessante análise em que integram os dois conceitos à abordagem de Donnangelo (1976), que, ao explorar a medicina como *prática técnica* e como *prática social*, se propôs a averiguar a especificidade de suas relações com a estrutura econômica e político-ideológica das sociedades contemporâneas. Entendem que a medicina como *prática técnica* supõe considerar o médico como um profissional dotado de capacidade técnica para dar resposta a uma necessidade social, o que torna adequado considerá-lo como recurso humano, ou seja, como parte de um conjunto de indivíduos que detêm um saber técnico que os coloca em condições de resolver um problema que a sociedade considera relevante. Como *prática social*, por sua vez, argumentam que esse saber técnico só pode ser aplicado a seu objeto por meio do processo social de produção dos serviços de saúde, subordinado

à mediação de um conjunto de relações. Assim, a inserção do portador do saber técnico (o recurso humano) nesse processo dependerá de uma série de circunstâncias sociais, em especial aquelas referentes à disponibilidade dos meios de trabalho e da possibilidade de controle do próprio processo de trabalho:

Conforme al mayor o menor control del médico sobre su proceso de trabajo y los medios indispensables para llevarlo a cabo, variarán las condiciones sociales de su práctica: tendrá la posibilidad de desempeñarse en forma autónoma, conservando el control de las prerrogativas tradicionalmente asociadas con la práctica liberal, o deberá resignar alguna de tales prerrogativas, ubicándose en ambos casos como trabajador autónomo; trabajará como funcionario asalariado en un proceso de producción de servicios no orientado a la obtención de lucro, formando parte entonces del personal de un servicio público o perteneciente a la seguridad social; o bien se insertará como fuerza de trabajo asalariada en un sistema de producción dirigido fundamentalmente a la valorización de un capital. En este último caso el recurso humano se transforma en insumo de un proceso que ya no tiene como objetivo primordial la resolución de una necesidad social, sino la generación de un beneficio susceptible de apropiación privada (Troncoso et al., 1986, p. 538). [grifos no original].

Um terceiro importante conceito para a discussão aqui pretendida é o de *emprego em saúde*, entendido como as formas de inserção institucional dos profissionais no mercado de trabalho do setor (Medici et al., 1992). O termo *emprego* não se refere a indivíduos, mas a postos de trabalho, sendo originário da corrente teórica econômica defendida pelo economista inglês John Keynes (keynesianismo) e surge a partir dos anos 1930, com as preocupações do Estado em mapear aspectos específicos relacionados à demanda global por força de trabalho (id., ibid.). Os estudos sobre emprego dedicam-se a analisar os impactos que a política pública (social ou econômica) gera sobre a criação de postos de trabalho, dada a demanda global por trabalho numa dada economia (idem).

É a complementariedade teórica desses três enfoques conceituais – o gerencial-sistêmico de recursos humanos; o marxista de força de trabalho; e o keynesiano de emprego – que norteará a compreensão aqui adotada da inserção da categoria médica no mercado de trabalho em saúde. Entende-se, como Medici et al. (1991; 1992), que embora os três enfoques correspondam a formas distintas de interpretar a realidade, eles se complementam

mutuamente, em função das seguintes características, destacadas por esses autores:

- o primeiro conceito (recursos humanos), apesar de abstrair as relações sociais e fundamentar-se na teoria de sistemas, procura descrever e interpretar as formas de administrar esse "fator de produção", que é a capacidade de trabalho dos indivíduos;
- o segundo (força de trabalho) dedica-se às relações sociais que vinculam os trabalhadores a um ramo de atividade específica, considerando sua inserção no processo de trabalho;
- e o terceiro (emprego) destina-se à análise da demanda agregada por um conjunto determinado de postos de trabalho e respectivas inserções institucionais no mercado de trabalho.

São as leis do mercado que estabelecem as relações entre oferta e demanda da força de trabalho. A oferta refere-se à totalidade de indivíduos que trabalham num determinado setor ou que buscam trabalho, ao passo que a demanda é representada pelo total de postos de trabalho ocupados ou vacantes, proporcionados pelas instituições daquele setor (Nogueira, 1985).

A força de trabalho em saúde, além de estar submetida a essas leis gerais, subordina-se às especificidades do mercado de trabalho em saúde, o qual se configurou de forma definitiva, no mundo contemporâneo, no século XX, quando o Estado e o capital passaram a determinar o preço e as relações de compra e venda da força de trabalho do setor (Medici et al., 1991; 1992). Trata-se de um mercado que, sujeito à mesma dinâmica que caracteriza o mercado de trabalho capitalista em geral, incorporou, ainda, configurações específicas inerentes ao setor de serviços de saúde.

As influências do mercado capitalista fizeram-se sentir pela passagem do trabalho autônomo para o trabalho assalariado; pela divisão do trabalho de tipo manufatureiro para outra de tipo industrial; e pelo aumento de escala da força de trabalho utilizada em cada estabelecimento ou unidade produtiva. As configurações específicas do setor saúde, por sua vez, são representadas pela permanência de um setor predominantemente manufatureiro (o da prestação de serviços de saúde) e outro de natureza industrial (de produção de medicamentos e equipamentos médicos), a partir de um tronco histórico comum, no qual o profissional, além de prestar serviços, fabricava os instrumentos e os medicamentos que utilizava (id., *ibid.*).

No caso do mercado de trabalho para o médico, os dois principais fatores institucionais que o determinam são o sistema de ensino – que forma e cria a

oferta de profissionais - e o modelo de atenção à saúde, que atua decisivamente sobre a demanda e a composição dessa força de trabalho. Tanto a estrutura quanto o volume da oferta são regulados pelas potencialidades do sistema formador, sendo pressionados por demandas sociais, demográficas, político-ideológicas e pelas necessidades da estrutura produtiva. O volume e a estrutura da demanda, por sua vez, refletem as formas concretas de organização da assistência à saúde como resultado do direcionamento que as políticas sociais assumem em cada conjuntura histórica (Girardi, 1986), sendo também afetados pelas mudanças tecnológicas e do processo de trabalho em saúde.

A regulação entre oferta e demanda pode se dar por meio da relação direta de compra e venda da força de trabalho no mercado ou pela mediação estatal. A intervenção do Estado efetiva-se pela política de saúde adotada, que poderá estimular a produção e o consumo dos serviços de saúde segundo a lógica de mercado ou mediante a lógica do bem-estar social.

Antecedentes e dinâmica do mercado de trabalho em saúde nas últimas décadas

No Brasil, a intervenção do Estado começa a se dar de forma mais significativa no início do século XX, tanto pelo surgimento de uma nova modalidade de produção privada dos serviços de saúde quanto pela própria ação estatal (Gadelha, 1982). O processo de trabalho médico no país sofria, naquele momento, importantes alterações nos dois elementos definidores da profissão: o conhecimento e o mercado (Pereira-Neto, 1995).

Do ponto de vista do conhecimento, a associação entre condutas clínicas e morais (Luz, 1982) foi paulatinamente sendo superada em função do desenvolvimento científico e tecnológico, com a introdução da tecnologia diagnóstica e a incorporação dos avanços da bacteriologia e da medicina experimental. Cada vez mais, o exercício da atividade médica foi se tornando dependente do aparato tecnológico, exigindo investimento de capital em máquinas e equipamentos, determinando uma maneira de fazer medicina denominada por Donnangelo de "tecnológica" (Donnangelo, 1975; Edler, 1992; Luz, *op. cit.*; Pereira-Neto, *op. cit.*).

No que se refere ao mercado, o modelo hegemônico da prática médica baseado na relação individualizada entre o médico e o paciente, sem intermediários que estipulassem tempo, forma ou valor da consulta (Pereira-Neto, *op. cit.*), foi sendo substituído por relações mais complexas de mercado

de trabalho e de exercício da atividade profissional, subordinadas ao contexto político e socioeconômico.²

Essas mudanças fizeram-se sentir concomitantemente à própria evolução do setor de serviços de saúde no Brasil, que pode ser enfocada do ponto de vista histórico-estrutural em dois recortes básicos: o da saúde pública e o da assistência médico-hospitalar (Donnangelo, 1975; Gadelha, op. cit.; Luz, op. cit.; Medici et al., 1992), sendo fundamental para a compreensão dos fatores determinantes que conformaram o mercado de trabalho em saúde.

A intervenção do Estado brasileiro na saúde, até os anos 1920, limitou-se ao enfrentamento das demandas sanitárias de caráter coletivo, tais como o saneamento básico e o controle de epidemias e endemias, subordinada aos interesses agroexportadores nacionais, sendo o atendimento médico prestado por ordens religiosas, sociedades beneficentes ou pelos poucos médicos liberais.

Só posteriormente, com o início do processo de industrialização e de formação do sistema previdenciário, a interferência estatal no atendimento às demandas individuais por assistência médica e hospitalar se fez sentir, dando origem a um cenário que lançaria o Estado no centro do mercado de assistência médica e o transformaria em seu monopolizador (Donnangelo, 1975).

Dos anos 1960 a meados da década de 1980, a ação estatal fomentou e financiou o desenvolvimento de um complexo médico-industrial de produção de serviços e insumos, por meio de convênios e contratos com a rede privada, organizando a prática médica em moldes essencialmente capitalistas (Cordeiro, 1984).

A natureza privatizante da ação do Estado pode ser atestada pela grande expansão da rede hospitalar privada com fins lucrativos. Entre 1978 e 1979, a iniciativa privada respondia por 81,2% da rede de serviços de saúde, e três de cada quatro leitos hospitalares existentes no Brasil pertenciam ao setor privado, que ampliou sua capacidade de internação de 22.976 leitos em 1960 para 211.802 em 1984 (Medici, 1986; Medici et al., 1992; Nogueira, 1986). Essa expansão privada não se reproduziu na rede ambulatorial, mantida historicamente pelo setor público, responsável, em 1980, por 8.822 estabelecimentos deste tipo contra apenas 1.560 da rede privada (Nogueira, op. cit.).

²Em importante estudo sobre a sociologia das profissões de saúde, Machado (1995, p. 24), fundamentado em Larson (1977), destaca que a profissão médica, em sua evolução, foi a que mais adquiriu a "[...] capacidade de articular competentemente sua base cognitiva com os avanços tecnológicos mantendo sólida credibilidade de mercado".

Esse quadro foi determinante na configuração e mesmo na consolidação do mercado de trabalho em saúde, com um crescimento bruto do número de empregos de cerca de 53%, entre 1961 e 1971 (Medici et al., 1992).

Em 1982, o setor privado concentrava 51% do total de empregos em saúde, percentual este que nos estabelecimentos com internação alcançava 62,5% (Medici, 1986). No entanto, Nogueira (1986) ressalta que embora o setor público tenha investido menos na criação de leitos, gerou maior número de empregos de profissionais de saúde por leito instalado. Em 1979, apresentava uma relação de um emprego por leito, enquanto no setor privado (lucrativo ou filantrópico) essa relação era de 0,7. No mesmo ano, a rede ambulatorial pública absorveu 110.903 empregos de profissionais de saúde contra apenas 33.588 no setor privado (id., *ibid.*).

Embora tenha havido aumento do número de empregos para os profissionais de saúde em geral, essa expansão esteve assentada sobre duas principais categorias profissionais: o médico e o atendente de enfermagem, em especial no setor privado (Girardi, 1986; Medici, 1986). Entre 1976 e 1982, o crescimento de postos de trabalho médicos foi de 8,42% ao ano, e no final do período (1982) já representava 31% do total de postos de trabalho em saúde (Girardi, 1986).

O profissional médico transformou-se num trabalhador assalariado típico (Donnangelo, 1976; Machado, 1995; Medici et al., 1992), como decorrência de todo esse contexto político, econômico e de mercado, no qual "[...] o crescimento do setor privado lucrativo teve um papel decisivo, não só pelas dimensões de demanda que foi capaz de criar, como também por fixar certos padrões de compra e venda da força de trabalho mais qualificada: por exemplo, generalizou o uso do salário mínimo de médicos e de seu emprego em tempo parcial" (Nogueira, 1986, p. 26).

Ao longo dos anos 1980, expandiu-se o assalariamento e houve queda dos salários reais de médicos e outros profissionais de saúde, o que estimulou o múltiplo emprego, que já se fazia presente desde a década anterior (Medici, 1993).

Tanto no setor público quanto no privado, foi mantido o forte crescimento do emprego em saúde, com um incremento, no período de 1980 a 1987, de 5,3% ao ano, enquanto nas demais atividades econômicas esse percentual foi de apenas 1,3% (id., *ibid.*). No mesmo período, embora o setor privado se tenha mantido como principal empregador, o emprego público ampliou-se mais do que o privado, passando de 44,8% para 48,3% do total de postos de trabalho do setor (*idem*).

Os médicos continuaram figurando como principal categoria profissional no total de empregos de nível superior, ocupando, em 1987, cerca de 69% desses postos de trabalho (idem). Durante toda a década, o setor público foi ampliando sua participação como empregador desses profissionais. Em 1980, a área privada concentrava 53,5% dos empregos médicos. Quatro anos depois, em 1984, a esfera pública já cobria metade desses empregos (Girardi, 1986).

O final da década, no entanto, anunciava mudanças importantes na configuração do mercado de trabalho em saúde, decorrentes de alterações no contexto geral da política e da economia do país e do próprio setor saúde. Até então, o aumento da capacidade de absorção de empregos no setor havia sido sustentado, essencialmente, pela mesma fonte financeira, ou seja, o sistema previdenciário. O crescimento das despesas com assistência médica amparara-se no aumento da receita previdenciária, que só foi possível graças à expansão do emprego formal nos setores secundário e terciário da economia, fruto do crescente processo de industrialização e da urbanização acelerada (Nogueira, 1986). Contudo, paulatinamente, foi-se configurando um processo de desaceleração da economia brasileira, que redundou num cenário de crise, com repercussões, nos anos 1990, sobre a dinâmica do mercado de trabalho em geral.

Simultaneamente, o mercado de trabalho em saúde incorporava mudanças provenientes do processo de descentralização do setor, iniciado já em meados dos anos 1980, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e consubstanciado a partir de 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por um lado, manteve-se o crescimento do emprego em saúde no setor privado, especialmente na assistência hospitalar. Em 1999, considerando a rede total de estabelecimentos de saúde do país, a iniciativa privada era responsável por 41% deles; tomando-se o total de leitos hospitalares, esse percentual sobe para 70,5% (Silva e Costa, 2002). O crescimento do emprego no setor privado foi favorecido pela demanda de serviços especializados, diagnósticos e de alto custo por parte do SUS a esse setor e pelo crescimento do segmento da medicina complementar vinculada aos planos e aos seguros de saúde (id., *ibid.*). A partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE, Silva e Costa (op. cit.) mostram que, em 1998, 24,4% da população residente no Brasil se encontrava coberta por algum plano de saúde privado.

Por outro lado, embora ao longo da década tenha havido também um incremento do número de empregos médicos, considerando o período entre 1992 e 1999, tanto no setor privado (48,5%) quanto no público (31%), algumas importantes mudanças se fizeram sentir (*idem*). Configurações específicas no mercado de trabalho em saúde foram acontecendo, provenientes, em grande parte, da transferência de atribuição da prestação de serviços de saúde das esferas federal e estadual para a municipal. Já em 1992, o percentual de estabelecimentos de saúde sob gestão federal caíra de 28%, em 1981, para 5%; e sob gestão estadual, de 50% para 26% (*idem*). Ao final da década, em 1999, a participação federal e estadual na prestação direta de assistência à saúde tornara-se residual, com os municípios gerindo 92% dos estabelecimentos de saúde de propriedade estatal, ficando o governo federal com 2% e os estados com 6% (*idem*).

Enquanto o número de empregos municipais em saúde cresceu aproximadamente 85% entre 1992 e 1999, houve, no mesmo período, significativa redução no âmbito federal (57%) e estadual (10%) (*idem*). Do total de empregos em saúde em 1999 (1.891.550), 53% eram públicos e 47% privados, com os médicos respondendo por 23% do total (*idem*).

Uma importante consequência da municipalização dos serviços de saúde foi o incremento da atenção ambulatorial, com aumento do número de empregos para profissionais de saúde nesse nível de atenção. Esse aumento dos postos de trabalho na atenção ambulatorial foi particularmente expressivo no caso da categoria médica. Entre 1992 e 1999, houve, no país, um incremento da ordem de 38% no número de postos de trabalho médicos na assistência ambulatorial do SUS (*idem*). Rodriguez Neto (1996) ressalta, contudo, que esse mercado é essencialmente constituído por postos de trabalho na atenção básica, integrada por especialidades como clínica médica, pediatria, obstetrícia, etc., destacando que muitas vezes os concursos públicos realizados pela esfera municipal para preenchê-los sequer atraem candidatos, em particular no caso da clínica médica.

Paralelamente, no plano macroeconômico, também se registravam importantes alterações no mercado de trabalho brasileiro. Sem explorar aqui os determinantes econômicos, políticos e institucionais que vieram a construir esse cenário, interessa, no entanto, referir que:

As principais tendências observadas no mercado de trabalho brasileiro na década de 1990 são o crescimento das ocupações no setor terciário da economia, a precariedade das relações e das

condições de trabalho, crescimento do mercado informal, aumento do desemprego, estagnação dos rendimentos médios reais e a progressiva desregulamentação – flexibilização das condições de uso e de remuneração da força de trabalho e mudança nos marcos de proteção e assistência aos trabalhadores [...] (Silva e Costa, 2002, p. 276).

Baseados em estudo desenvolvido no ano de 2000 pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (Nepp), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Silva e Costa (2002) discutem o impacto da desestruturação e da desregulamentação do mercado de trabalho no Brasil nos anos 1990 sobre a qualidade do emprego no setor saúde. Os autores mostram que:

[...] As mudanças estruturais e de orientação macroeconômica afetaram seguramente os contratos de trabalho, ampliando a informalidade dos vínculos trabalhistas e gerando poucos incentivos às atividades de qualificação de recursos humanos pelos governos e empresas de saúde prestadoras de serviços. [...]

A grande expansão do emprego no setor saúde municipal aparece também fortemente associada ao processo de flexibilização e diferenciação dos contratos de trabalho na administração pública e no setor privado.

Consideram-se fortes indicadores de flexibilização nos tipos de contratos de trabalho a adoção preferencial pelos gestores municipais do regime de terceirização para cooperativas e empresas, os contratos de autônomo e outros tipos indefinidos para expansão da força de trabalho, principalmente na atenção ambulatorial e nos novos programas de expansão de cobertura, como o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários (Silva e Costa, 2002, p. 282-283).

Além da desregulamentação, o mercado de trabalho em saúde experimentou nos anos 1990 queda dos salários de contratação para a maioria dos segmentos profissionais e crescimento da oferta de postos de trabalho nas faixas mais baixas de remuneração (Girardi, 1995). No caso dos médicos, aumenta a participação das faixas salariais de contratação até três salários mínimos, de três a cinco e de cinco a dez (id., *ibid.*). A faixa com maior concentração de admitidos deslocou-se de dez a vinte salários mínimos em 1990 (36,67%) para cinco a dez salários em 1994 (37,14%) (*idem*). Rodriguez

Neto (1996) ressalta que os baixos salários pagos tanto pelo setor privado quanto pelo público, levando ao múltiplo emprego, têm comprometido a motivação e a dedicação da categoria médica em relação a suas atividades profissionais.

O médico foi gradativamente deixando de viver apenas do consultório privado e passou a depender, cada vez mais, do trabalho assalariado ou dos convênios com os planos privados da medicina complementar. Sua remuneração atingiu patamares muito baixos, levando ao acúmulo de dois, três ou mais empregos e demandando grande número de horas semanais de trabalho (Bittar, 1999; Machado, 1997).

Os baixos salários aliados à desregulamentação têm gerado uma tendência que à primeira vista poderia ser confundida com um retorno à medicina liberal, revelada pela proliferação de consultórios médicos conveniados com os seguros-saúde, mas que na realidade significa a tentativa de recompor a renda perdida, e que se dá quase sempre associada à inserção em um ou vários empregos, em geral públicos (Rodríguez Neto, op. cit.).

O importante estudo de âmbito nacional desenvolvido em 1995 pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública, em colaboração com o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional dos Médicos, a Associação Médica Brasileira e o Ministério da Saúde, intitulado *Perfil dos médicos no Brasil*, aponta outras características marcantes da inserção da categoria médica no mercado de trabalho em saúde que se foram configurando ao longo das últimas décadas e se expressaram claramente nos anos 1990. São elas (Machado, 1997; Vieira et al., 1998):

- existência de um mercado de trabalho com cerca de 350 mil postos de trabalho, incluindo o setor público e o privado, para um total de 197.557 médicos ativos, que em sua maioria também atuam em consultórios privados (75%);
- exercício profissional baseado em múltiplos vínculos (cerca de 75% dos médicos possuem até três atividades profissionais e 24,4% têm mais de três);
- homogeneidade quanto ao comprador ou demandante dos serviços, ou seja, são de igual importância para o mercado de trabalho médico as esferas pública e privada e os consultórios particulares, observando-se que 69,7% dos médicos trabalham em estabelecimentos públicos, 59,3% na rede privada e 74,7% em consultórios;

- a atividade em consultório particular é exercida mediante convênios ou cooperativas para 79,1 dos médicos, com 16,6% exercendo essa atividade em estabelecimentos de saúde (6,8% em regime de comodato em hospitais; 6% com cessão de percentual de produção; e 3,8% com sublocação de horário);
- atuação profissional predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado, em todas as regiões do país;
- crescente aumento da participação feminina na força de trabalho médico, alcançando um percentual de 32,7%;
- constituição etária predominantemente jovem, com 65% de profissionais com menos de 45 anos de idade e exercendo suas atividades há menos de 15 anos;
- urbanização acentuada do trabalho médico, ou seja, 65,9% dos médicos atuam nas capitais, particularmente naquelas mais desenvolvidas social e economicamente;
- predominância de dez especialidades, entre aquelas reconhecidas oficialmente no mercado de serviços médicos, representando 62,1% do total de médicos existentes no país, sendo elas: pediatria, ginecologia-obstetrícia, medicina interna, cirurgia geral, anestesiologia, cardiologia, traumatologia-ortopedia, oftalmologia, psiquiatria e medicina geral comunitária;
- trabalho exercido em regime de plantão por quase metade dos profissionais médicos (48,9%), com maior frequência de plantões de 12/24 horas;
- faixas de rendimento variáveis em função da especialidade exercida, sendo as mais bem remuneradas as de radioterapia, medicina nuclear e neurofisiologia clínica (5 mil dólares), seguidas pelas de hansenologia, endoscopia digestiva, mastologia, cirurgia cardiovascular e radiologia (4 a 4,9 mil dólares); figurando como as de mais baixo rendimento as especialidades de medicina sanitária, sexologia, fisiologia e genética clínica (menos de 1.999 dólares), enquanto as restantes percebem uma renda mensal na faixa de 3.000 a 3.999 dólares.

Pouco menos de uma década depois do estudo de Machado (1997), já pode ser observada a consolidação de algumas dessas tendências. É o que mostra a mais abrangente e recente investigação sobre a situação do trabalho médico no Brasil. Trata-se do estudo *O médico e o seu trabalho*, do Conselho Federal de Medicina, também de âmbito nacional, realizado com a intenção de atualizar a pesquisa de Machado e que replicou o mesmo questionário

então utilizado, porém acrescido de algumas alterações e inovações. O estudo do CFM foi executado pelo próprio Conselho, com apoio da Associação Médica Brasileira, entidades sindicais e sociedades de especialistas. Os dados foram coletados no período de outubro de 2002 a março de 2003 (CFM, 2004). Comparando-se os dois estudos, observa-se que:

- o total de médicos ativos no país passou de 197.557 para 234.554, apresentando um incremento de 18,7%;
- ampliou-se o exercício profissional baseado em múltiplos vínculos, com 28,2% dos médicos exercendo mais de três atividades profissionais, contra 24,4% na pesquisa anterior; conseqüentemente, aqueles que possuem até três atividades passaram de 75% para 71,8%;
- houve redução do número de médicos que atuam em consultório (de 74,7% para 67%) e no setor privado (de 59,3% para 53,8%), mantendo-se inalterada a porcentagem dos que trabalham no setor público (69,7%), o qual passou a ocupar, então, o primeiro lugar como empregador;
- a atividade em consultório particular exercida mediante convênios ou cooperativas apresentou pequena redução, passando de 79,1% para 75%;
- a atuação profissional manteve-se predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado;
- embora tenha havido ligeira queda no percentual de participação feminina na força de trabalho médico (de 32,7% para 30,2), manteve-se a tendência de aumento do ingresso das mulheres na profissão, o que pode ser observado pelo fato de que elas já representam 40,2% dos médicos com menos de 28 anos de idade;
- a constituição etária predominantemente jovem dos médicos manteve-se praticamente inalterada (63,4% de profissionais com menos de 45 anos de idade contra 65% no estudo anterior);
- houve pequena redução no percentual de médicos que atuam nas capitais, que passou de 65,9% para 62,1%;
- surgem dentre as especialidades mais exercidas a urologia e a dermatologia, fato atribuído, no estudo do CFM, a uma possível tendência de crescimento da preferência dos médicos por áreas de maior retorno financeiro, pela execução de procedimentos, em especial na relação com os convênios privados;
- se na pesquisa anterior o trabalho exercido em regime de plantão atingia quase metade dos profissionais médicos (48,9%), os números

atuais mostram que esse percentual já ultrapassou os 50%, chegando a 51,8%, ampliando-se a frequência dos plantões de 12/24 horas (de 49% para 54,5%);

- as faixas de rendimento não foram pesquisadas pela especialidade exercida, como no estudo de Machado (1997), mas apenas em termos genéricos; dessa forma, a investigação do CFM aponta que cerca de um terço dos médicos atribui queda à sua renda nos anos recentes, com mais da metade dos profissionais (51,5%) apresentando renda mensal de até 2 mil dólares, percentual que na pesquisa anterior era de 44,5%.

Observa-se que as características e as tendências aqui destacadas mostram as evidentes mudanças pelas quais passou a categoria médica e o mercado de trabalho para esse profissional nas últimas décadas. No entanto, novas alterações devem ser esperadas como resultado da expansão do processo de descentralização do setor saúde, da reorientação do modelo de atenção e do incessante e acelerado desenvolvimento científico e tecnológico, que deverá trazer novos paradigmas para a prática médica.

O Programa Saúde da Família (PSF): uma nova opção

O processo de municipalização do setor saúde mantém-se em contínua expansão, ampliando cada vez mais a participação dessa esfera de governo no mercado de trabalho em saúde. No ano de 2000, 55% do total de empregos públicos de profissionais de saúde eram oferecidos pela esfera municipal (Girardi e Carvalho, 2002). No caso dos médicos, no mesmo ano, os municípios foram responsáveis por quase 53% dos postos de trabalho públicos no setor saúde para essa categoria profissional, seguidos da instância estadual (46,3%), ficando a federal com apenas 0,6% (id., *ibid.*).

O Programa Saúde da Família (PSF), cuja implantação tem sido amplamente intensificada desde o final dos anos 1990, vem tendo uma participação importante nessa oferta de postos de trabalho municipais. Criado em 1994, o Programa foi apresentado como uma proposta de atenção à saúde voltada para áreas de risco, definidas pelo Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Em sua concepção, foram previstas como principais características: promoção e proteção da saúde; áreas de abrangência definidas, com adscrição de clientela; equipes com composição mínima; residência das equipes na localidade de atuação; participação comunitária por meio de ações de educação em saúde; atenção integral e

permanente; integração ao sistema de saúde local; impacto na formação de recursos humanos; remuneração diferenciada e estímulo ao controle social (Ministério da Saúde, 1994; Souza e Sampaio, 2002).

Sua implantação já cobre a grande maioria dos municípios brasileiros e se encontra em contínua expansão. Dados de setembro de 2002 contabilizam mais de 4 mil municípios que adotam essa estratégia de atenção à saúde, totalizando cerca de 16 mil equipes (compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 5 a 6 agentes comunitários de saúde),³ cobrindo aproximadamente 50 milhões de habitantes (Girardi e Carvalho, 2003). Cada equipe é responsável por mil famílias, o que equivale a aproximadamente 3.500 pessoas, que são acompanhadas mediante cadastramento, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, consultas e atendimento em unidade assistencial básica, com referência para atendimentos especializados e de maior complexidade. Para o ano de 2002, o PSF contou com um aporte de recursos federais superior a 1 bilhão de reais (id., *ibid.*).

O PSF vem se configurando como mais do que um programa de saúde, expressando-se como importante estratégia de reorientação do modelo assistencial, compreendida por muitos como uma espécie de "reforma da reforma" (Viana e Dal Poz, 1998; Souza, 2002; Souza e Sampaio, 2002), numa referência à reforma sanitária consubstanciada no SUS. Além desse aspecto, o PSF apresenta-se como uma modalidade de intervenção com grande potencial de ampliar o acesso à atenção básica nas diversas regiões do país, impactar a configuração do mercado de trabalho e a própria formação de profissionais para o setor (Campos, 2001; Cordeiro, 2001; Girardi e Carvalho, 2003; Viana e Dal Poz, 1998).

Dadas essas características e sua expansão, o PSF encontra-se, hoje, inserido na agenda política e social do setor, tendo trazido uma nova dinâmica para a reestruturação dos serviços, com vistas à reorientação do modelo de atenção à saúde, representando mais uma opção de mercado de trabalho para os médicos e outros profissionais de saúde. O Programa já é responsável, direta ou indiretamente, por cerca de 200 mil postos de trabalho, o que representa mais de 20% do emprego público em saúde (Girardi e Carvalho, 2003).

Um inquérito nacional realizado em 2001 pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (Nescon/UFGM), mostra as principais características

³Desde 2001, as equipes passaram a ser integradas também por odontólogos, processo ainda em implantação.

desse mercado. Destacam-se aqui as que se referem mais especificamente aos médicos (Girardi e Carvalho, 2003):

- há, em média, 4,5 equipes por município, com crescimento expressivo do número médio de equipes, sendo: 1,5 equipe por município, nas cidades com até 10 mil habitantes; 19,8 equipes naquelas com 100 mil a 500 mil habitantes; e 66 equipes por município nas que possuem população acima de 500 mil pessoas;
- o médico é o único profissional presente em todos os municípios pesquisados;
- o número médio de postos de trabalho médicos por município é de 4,5, variando entre 1,5 médicos nos municípios com menos de 10 mil habitantes até 72 médicos por município naqueles que têm população superior a 500 mil;
- a partir de projeções dos dados encontrados, a pesquisa estima que em dezembro de 2001 o PSF contava com 14,5 mil postos de trabalho para médicos.

Ainda com base nos resultados da pesquisa, Girardi e Carvalho (op. cit.) recorrem a dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) e do Ministério do Trabalho para mostrar os índices de participação do PSF em relação ao mercado de trabalho das profissões envolvidas no Programa. O caso dos médicos pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 — Índice de participação do PSF em relação ao número de médicos em atividade, de postos de trabalho médicos ocupados em serviços de saúde e de vínculos formais de emprego médico na economia

Nº de médicos no PSF (1)	Total de médicos em atividade (oferta) (2)	PSF/oferta de médicos	Postos de trabalho médico nos serviços de saúde (3)	PSF/postos de trabalho médico	Vínculos de emprego médico (4)	PSF/emprego médico formal
14.513	262.891	5,5 %	431.282	3,4 %	152.119	9,5 %

(1) Estimativa Pesquisa Nescon.

(2) CFM.

(3) Em estabelecimentos com e sem internação e de apoio diagnóstico.

(4) Ministério do Trabalho.

Fonte: Girardi e Carvalho (2003).

Observa-se que o PSF responde por 3,4% da demanda institucional de postos de trabalho médico e 9,5% do estoque de emprego formal desse profissional, absorvendo 5,5% da oferta de médicos. Girardi e Carvalho (op. cit., p. 169) advertem, no entanto, que "[...] é importante que se tome em conta que as inferências com relação ao peso do PSF na economia do emprego formal devem ser bastante matizadas em função dos níveis acentuadamente elevados de utilização de formas 'precárias' e informais de vinculação de profissionais utilizadas no programa [...]".

O estudo do Nescon mostra que as formas de contratação temporária e por prestação de serviços no PSF predominam amplamente sobre todas as outras formas de contrato (Girardi e Carvalho, 2003). Quando se analisa a contratação de médicos pelo PSF, observa-se que, em conjunto, essas duas modalidades de vínculo são responsáveis por 70% dos contratos desses profissionais (id., ibid.). Indagados sobre os motivos que levam à utilização de formas precárias de contratação de profissionais, mais da metade dos municípios elencaram a *flexibilização* (57,8%) e as restrições impostas pela *Lei de Responsabilidade Fiscal* (53,8%); vindo a seguir o *menor custo* (36,8%) e a *instabilidade no financiamento* do Programa (34,5%) (id., ibid.).

Quanto às vantagens e aos problemas atribuídos pelos gestores municipais na utilização de formas de contratação precárias, 43,1% dos municípios identificaram como principal vantagem a *flexibilidade*, nas suas diversas formas (para admissão e demissão, gerencial, etc.); e como principal problema a *instabilidade e a desproteção do trabalho* (47,7%) (idem).

Girardi e Carvalho (op. cit.) chamam a atenção para as conseqüências desse quadro sobre a definição pelo PSF de estratégias e instrumentos de gestão e desenvolvimento de recursos humanos e sobre a própria qualidade do emprego gerado pelo Programa. Qualidade que fica comprometida pela fragilidade das formas de vinculação praticadas, que desconsideram direitos trabalhistas consagrados no setor público e no mercado de trabalho formal privado (id., ibid.). Dessa forma, a "[...] construção de um processo de cooperação mais efetivo e permanente entre gerência e trabalho depende em larga medida da qualidade das relações de trabalho instituídas pelo programa" (id., ibid., p. 159).

Apesar disso, ou talvez por causa disso, o Programa oferece bons níveis de remuneração profissional (4 mil reais, em média, para o médico, segundo a pesquisa do Nescon). Os salários pagos aos médicos pelo PSF são, em média, 76% superiores aos de mercado para esse profissional (id., ibid.).

Esse aspecto é uma das principais preocupações e dificuldades que os gestores têm enfrentado na implantação e na manutenção do PSF e se insere no contexto mais amplo da tendência à desregulamentação do mercado de trabalho brasileiro aqui já referida.

O estudo do NEPP, anteriormente citado, revela a amplitude dessa desregulamentação. Em 2000, somente 22% dos municípios brasileiros adotavam a modalidade estatutária como principal tipo de contrato de trabalho para médicos na atenção básica. O contrato dessa categoria profissional via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) era praticado, na região Sudeste, por 35% dos municípios, enquanto a terceirização para empresas e cooperativas médicas era adotada por 18% dos municípios da região Sul. No Centro-Oeste, a informalidade predomina, com 38% dos municípios contratando médicos como autônomos. Já as regiões Norte e Nordeste apontaram "outros tipos de contratos flexibilizados" como a principal forma de contratação de médicos, com 40% e 39% de municípios nessa condição, respectivamente (Unicamp, 2000 apud Silva e Costa, 2002).

Campos (2001, p. 173) acrescenta:

As formas típicas de relação empregatícia estão em franca decadência e até alguns anos atrás havia duas formas basilares de trabalho médico: o trabalho autônomo, onde profissional e cliente estabeleciam uma relação singular, combinando entre si intervenções e preço, e o trabalho assalariado, onde o profissional vendia a uma determinada instituição sua força de trabalho por tempo indeterminado. [...]

O panorama hoje é completamente distinto: as duas formas iniciais de relação de trabalho encontram-se praticamente extintas. Por uma parte, a elevação dos custos pela associação de tecnologias ao diagnóstico e à terapêutica promoveu a migração dos consumidores autônomos para os seguros de saúde. Por outra parte, a inflexibilidade e os elevados encargos sociais fizeram com que se buscassem alternativas aos contratos regulares de trabalho, com o setor público (via Regime Jurídico Único) ou mesmo com o setor privado, via CLT.

Apareceu uma miríade de novas modalidades contratuais, cujo impacto sobre o trabalho no setor saúde ainda está longe de poder ser avaliado (Campos, 2001, p. 173).

Outro importante estudo que ajuda a compreender o Programa Saúde da Família como campo de atuação profissional foi realizado, no ano de 2000, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Nerhus/Fiocruz), em conjunto com o Ministério da Saúde. A pesquisa, de âmbito nacional, teve por objetivo traçar o perfil dos médicos e dos enfermeiros que atuam no Programa. Os resultados confirmam os achados do estudo do Nescon no que se refere ao percentual de 70% de médicos com contratos temporários. Mas revelam também outros aspectos essenciais para a compreensão do PSF como mercado de trabalho (Machado, 2003). São eles:

- quase 60% dos médicos que trabalham no PSF têm menos de quarenta anos de idade;
- a maioria pertence ao sexo masculino (56%);
- em geral, são oriundos de escolas médicas públicas (74%) e estão formados há menos de quinze anos (63%);
- cerca de 70% não são especialistas, ou seja, não possuem nenhuma formação específica após a graduação, incluindo residência ou especialização;
- dentre os que possuem alguma especialidade, predomina a pediatria (20%), seguida por medicina do trabalho (18%), medicina geral e comunitária (15%), gineco-obstetrícia (14%), medicina sanitária (11%) e saúde da família (9%);
- 83% exerceram alguma atividade médica anteriormente à contratação para o PSF;
- 70% consideram más as condições de trabalho oferecidas pelo Programa;
- a renda média mensal obtida com o trabalho médico é de 2.229 dólares.

Obviamente, esse perfil nacional dos médicos atuantes no Programa Saúde da Família pode apresentar variações quando analisadas as diferentes regiões brasileiras e mesmo municípios de uma mesma região, dada a grande diversidade de situações sociais, políticas e econômicas que caracterizam nosso país. Tais aspectos são considerados e apresentados em outro momento deste estudo.

Por ora, vale destacar os resultados encontrados na pesquisa *O médico e o seu trabalho*, do Conselho Federal de Medicina (CFM), referida na seção anterior, que além dos aspectos então apresentados, também abordou a percepção dos médicos acerca do PSF e do SUS, no que se refere ao impacto nas condições de saúde e no trabalho médico (CFM, 2004).

Cerca de 84% dos médicos pesquisados informaram que o PSF se encontrava implantado na *cidade e/ou região* em que atuavam. Para a maioria deles, o Programa foi responsável por um *aumento/melhora* do emprego médico (74,6%) e da cobertura da assistência (70%). Entretanto, para grande parte dos médicos, com a implantação do PSF não se alteraram as condições de trabalho (54,2%), a qualidade dos serviços (44,6%), a organização dos serviços (44,1%) e os rendimentos médicos (42,1%). Deve-se ressaltar que, no caso dos rendimentos médicos, o percentual de profissionais que identificaram que houve *aumento/melhora* com a implantação do PSF foi de 40,6%. De modo geral, é possível então assumir que há uma impressão razoavelmente positiva do Programa Saúde da Família por parte dos médicos, ainda que se considere a necessidade de aperfeiçoar seus mecanismos de gestão. Nesse sentido, ao opinarem sobre os fatores que poderiam assegurar a eficácia do PSF, os médicos participantes do estudo apontaram como *totalmente prioritários* os seguintes aspectos: condições de trabalho (81,8%), remuneração (77,7%), infraestrutura (77,1%), plano de carreira (65,9%), critérios de seleção para acesso (64,2%), vínculo trabalhista (63,1%), estabilidade no emprego (59,1%) e hierarquia na equipe (47,1%) (id., ibid.).

Já em relação ao SUS, a percepção é mais desfavorável. Se por um lado a maioria dos médicos acredita que sua implantação acarretou *aumento/melhora* da cobertura da assistência (50,7%) e do emprego médico (44,8%), por outro também avalia que houve *diminuição/piora* das condições de trabalho (52,6%), dos rendimentos médicos (52,4%), da qualidade dos serviços (47,4%) e da organização dos serviços (40,7%) (idem).

Tais resultados apontam para a necessidade de se auscultar cada vez mais os profissionais de saúde, a população e os gestores, no sentido de se identificar, segundo a percepção desses atores, os nós críticos e as recomendações para que as estratégias de intervenção governamental possam apresentar maior eficácia e adesão.

Considerações finais

Os estudos aqui apresentados estabelecem um pano de fundo para a compreensão da complexidade que envolve as questões relativas ao trabalho em saúde e, em especial, ao trabalho médico. Podemos dizer que não há crise de oferta de postos de trabalho para esse profissional. Por outra via há um certo "desencanto" do médico em sua prática profissional, particularmente no sistema público de saúde, apesar do crescimento da oferta do mercado e

de uma indução governamental na distribuição e na localização desses postos de trabalho via priorização da atenção básica com a implantação do Saúde da Família na década de 1990.

Essa expansão do mercado, de outro lado, em que pese tenha atenuado desequilíbrios regionais historicamente acumulados, não conseguirá reverter questões mais ampliadas que remetem às desigualdades econômicas e sociais acumuladas pela sociedade brasileira.

Mais ainda, a não-articulação histórica entre o setor educacional e a saúde trouxe desequilíbrios entre ofertas de formação e mercado de trabalho que podem ser exemplificados no crescimento da especialização médica em detrimento de avaliação e investimentos/melhora da formação em nível de graduação. Assim, como observamos, no que diz respeito à oferta de médicos no mercado aparentemente haveria um relativo equilíbrio quantitativo entre a oferta profissional e as necessidades de expansão. Entretanto, o excesso de oferta de oportunidades de especialização desequilibra tal situação. Atualmente, mais de 2/3 dos egressos são incorporados à residência médica, na qual prevalece o financiamento por parte do SUS.

A crescente autorização de funcionamento de cursos de graduação em medicina em instituições vinculadas ao setor privado da educação e a baixa capacidade regulatória do Estado na política de formação de especialistas – hoje regulada sob os ditames das sociedades de especialidades e da incorporação tecnológica e seus apelos de legitimidade social do médico – merecem ser revistas e enfrentadas pelos setores de saúde e de educação, em conjunto com a sociedade.

Por fim, as questões aqui apresentadas remetem às peculiaridades da gestão do trabalho em saúde, que exigem ações governamentais intersetoriais mais ampliadas envolvendo o Legislativo, o Judiciário e o financiamento do setor, entre outros, que permitam, para além da expansão do mercado, o estabelecimento de condições adequadas de trabalho e emprego para os profissionais de saúde.

Referências bibliográficas

BITTAR, O. J. N. V. O mercado médico no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 33 (1), jan./fev., p. 55-66, 1999.

CAMPOS, F. E. de. Educação médica e prática médica. In: ARRUDA, B. K. G. de (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Imip, Ministério da Saúde (Série Publicações Científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco - Imip, no 1), p. 169-178, 2001.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *O médico e o seu trabalho*. Coordenação de Mauro Brandão Carneiro e Valdíney Veloso Gouveia. Brasília: CFM, 2004.

CORDEIRO, H. A. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.

_____. A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: Saúde da Família. In: ARRUDA, B. K. G. de (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Imip, Ministério da Saúde (Série Publicações Científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco - Imip, no 1), p. 87-120, 2001.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

_____. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

EDLER, F. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro (1854/1884)*. Dissertação (Mestrado em História). São Paulo, Departamento de História/USP, 1992.

GADELHA, P. E. V. *Assistência médica no Rio de Janeiro (1920/1937): reformas institucionais e transformação da prática médica*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/Uerj, 1982.

GIRARDI, S. N. *O perfil do "emprego" em saúde no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 2, p. 423-439, 1986.

_____. A situação atual dos recursos humanos em saúde no Brasil (sinais do mercado de trabalho e aspectos de sua regulação nos anos 90). Relatório final de pesquisa, 1995.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, p. 221-256, 2002.

_____. Contratação e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 157-190, 2003.

LARSON, M. S. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Los Angeles: University of California Press, 1977.

LUZ, M. T. *Medicina e ordem política brasileira (1850/1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p. 13- 33.

_____. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

_____. Mercado de trabalho em saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 227-248.

MEDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 2, p. 409-422, 1986.

_____. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. *Cadernos RH Saúde*, 1 (3), p. 41-46, 1993.

MEDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. *Educación Médica y Salud*, 25 (1), p. 1-14, 1991.

_____. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: Ensp, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. *Revista de Administração Pública*, 17 (3), jul./set., p. 61-70, 1983.

_____. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985.

_____. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil: 1970-1983. Brasília: OPAS, Monografias do GAP, 1, 1986b.

PEREIRA-NETO, A. de F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 11, no 4, out./dez., p. 600-615, 1995.

RODRIGUEZ NETO, E. Reorientando o setor saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médicas. *Divulgação em Saúde para Debate*, no 14, agosto, p. 66-74, 1996.

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. DO R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002. p. 275-285.

SOUZA, H. M. Reforma da reforma. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ano II, no 4, jan., p. 2-3, 2002.

SOUZA, H. M.; SAMPAIO, L. H. R. Atenção básica: política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002. p. 9-32.

TRONCOSO, M. DEL C.; BELMARTINO, S.; BLOCH, C.; LUPPI, I. El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en la Argentina. *Educación Médica y Salud*, 20 (4), p. 535-558, 1986.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. Reforma em saúde no Brasil: Programa Saúde da Família. Informe Final. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, no 166, 1998.

VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A.; MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. M. N. (Orgs.). *Trabalhadores de saúde em números*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

Precarização do trabalho de nível técnico em saúde no Nordeste: um enfoque nos auxiliares e nos técnicos de enfermagem

João Bosco Feitosa dos Santos, José de Freitas Uchoa e José Meneleu Neto

Introdução: as mudanças no mercado de trabalho de saúde no Brasil

A reestruturação do mundo do trabalho, iniciada no Brasil na década de 1980, vem atingindo de diferentes formas as categorias profissionais. Esse processo reflete, em parte, a inserção do país e de suas várias regiões na economia globalizada, que se dá pelo caminho da flexibilização das relações de trabalho. A progressiva eliminação das características da sociedade salarial contemporânea e dos direitos sociais conquistados tem provocado uma crescente desregulamentação das relações entre capital e trabalho, resultando na desestabilização dos estáveis, na precarização do trabalho e no desemprego.

Essas mudanças atingiram não apenas categorias profissionais menos qualificadas, mas também quadros técnicos em atividades de serviço nos diferentes setores da economia. Portanto, nenhuma categoria profissional permanece imune às transformações do mundo do trabalho. No setor saúde, essa situação reflete-se não somente nas condições objetivas de trabalho, mas também na qualidade do trabalho ofertada à população e, sobretudo, à pessoa do trabalhador, vulnerável a todas essas transformações.

Estudos recentes sobre o setor de saúde no Brasil indicam que este tem sido fortemente afetado pelas mudanças em curso no mundo do trabalho. Contudo, detecta-se uma tendência peculiar, na medida em que o nível de emprego em saúde está em expansão, ao contrário do quadro dominante noutros setores. Ao lado dessa característica, vêm se confirmando alterações nos padrões de regulação profissionais, no perfil de qualificação profissional e na distribuição regional do emprego.

Nessa perspectiva, a equipe do Cetrede realizou um estudo do mercado de trabalho de profissionais de saúde de nível técnico na rede hospitalar do

Lote B¹, enfocando os aspectos relacionados às mudanças de trabalho e suas perspectivas. Mais especificamente, esse estudo procurava investigar oito categorias de nível técnico² enfocando: as formas de contratação da força de trabalho; as formas e os níveis de remuneração; os perfis de qualificação exigidos pelo mercado e os efetivamente existentes, bem como enfatizou as especificidades estaduais das relações de trabalho dos profissionais de nível técnico.

Intitulada Condições de trabalho do pessoal de nível técnico em saúde, a análise tinha o objetivo de fornecer ao Ministério da Saúde/Samets uma base para a formulação das políticas públicas de recursos humanos para a área de saúde, tanto para cobrir eventuais deficiências quanto para aumentar o nível de qualificação. Este texto, portanto, apresenta parte do resultado dessa pesquisa, no qual serão enfatizadas as duas categorias mais recorrentes nas entidades pesquisadas: auxiliar e técnico de enfermagem.

A pesquisa permitiu a construção de um indicador intitulado "índice de condições do trabalho" (ICT) com o qual foi possível se fazer um *ranking* dos estados, conforme o grau de precarização de cada categoria estudada. Importante salientar que a compreensão de "condições de trabalho" ultrapassa o que se poderia imaginar como algo intrínseco à tarefa a ser executada por um agente para significar "uma questão política e social", conforme Michel Gollac e Sergio Volkoff (2000); é um "problema da sociedade". De acordo com esses autores, as condições de trabalho resultam de uma construção social, para a qual contribuem as diversas formas de organização do trabalho e as alterações a que se submeteu o processo produtivo nas diversas regiões da terra ao longo do tempo.

Metodologia do trabalho

A estratégia investigativa foi composta de um estudo bibliográfico/documental e um survey telefônico, também conhecido como Técnica de Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador – Etac. A moldura amostral foi obtida por meio do cruzamento de dois cadastros: o Datasus³, do Ministério da Saúde, e o Cadastro dos Estabelecimentos de Empregadores –

¹ O Cetrede investigou instituições em cada um dos doze estados componentes do LOTE B (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, e mais: Amapá, Pará e Roraima), na denominação estabelecida pelo Samets, extinto em julho de 2003.

² 1) Auxiliar de enfermagem; 2) técnico de enfermagem; 3) auxiliar de odontologia; 4) técnico de radiologia; 5) técnico de patologia clínica; 6) técnico de histologia e citotecnia; 7) auxiliar de nutrição e dietética e 8) técnico de hematologia e hemoterapia.

³ O cadastro Datasus inclui apenas estabelecimentos com internação. No entanto, seu cadastro de hospitais

CEE, do Sistema Rais/Caged, do Ministério do Trabalho e Emprego, relativos ao período 2000.

Nessa pesquisa, os questionários destinavam-se aos responsáveis pelo pessoal de nível técnico do setor saúde. O trabalho foi executado em dois turnos de quatro horas, excetuados os outros horários em que a própria instituição marcava para responder à entrevista. Assim, a pesquisa durou o período de julho a setembro de 2003.

Categorias profissionais selecionadas

As categorias auxiliar e técnico de enfermagem têm aumentado seu número de profissionais no último decênio, por meio da requalificação dos atendentes em auxiliares e dos auxiliares em técnicos de enfermagem.

Conforme afirmam Meneleu Neto et alii (2003), a categoria auxiliar de enfermagem ampliou sua participação no estoque de empregos em 45,51% no período 1995 a 2000, saltando de 47,50% para 69,12%. Essa tendência foi observada na maioria dos estados brasileiros.

Das instituições consultadas na pesquisa, tem-se o registro de que 87,71% empregam esse profissional de nível técnico. Embora 12,29% tenham respondido não possuir esse profissional, imagina-se que isso se deva a um destes motivos: a) trata-se de clínica de pequeno porte, que não possui tal profissional; b) a instituição possui atendentes, e não auxiliares; c) a instituição possui algum outro profissional que exerce o serviço de um auxiliar de enfermagem, ou seja, pratica desvio de função.

Na pesquisa aqui apresentada, o técnico de enfermagem foi identificado em 55,14% dos estabelecimentos. Pelas condições de trabalho verificadas, percebe-se que ainda há muita incompreensão, da parte das instituições, da diferença entre o atendente, o auxiliar e o técnico de enfermagem.

Determinantes da precarização do trabalho

No estudo realizado, fez-se a seleção das variáveis, considerando-se que as relações de trabalho precarizadas tendem a se manifestar a partir: do nível de remuneração, do nível de qualificação, da forma de contratação, das horas trabalhadas, da participação em organização associativa da categoria, dos problemas de afastamento por doença e condições objetivas de trabalho.

inclui também clínicas, tendo sido necessário considerar apenas clínicas com internamento, o que dificultou a efetivação da pesquisa.

Nível de remuneração

O nível de remuneração é fundamental na determinação do estudo da precarização do trabalho, já que a renda no trabalho se reflete diretamente na qualidade de vida do trabalhador e nas suas possibilidades de satisfazer suas necessidades. Autores como Maslach e Leiter (1999) apontam a remuneração insuficiente e a ausência de equidade dentre as causas de desgaste físico e emocional. Portanto, o nível salarial pode precarizar não só as condições de consumo, mas também a saúde do trabalhador, sobretudo se adicionado a outros elementos de desgaste nas relações de trabalho.

Tomando-se a categoria de auxiliar de enfermagem, percebe-se como tendência geral no Lote B as instituições se concentrando nas faixas salariais de R\$ 240,00 a R\$ 360,00 e R\$ 360,00 a R\$ 480,00. Tomando-se cada estado separadamente, verifica-se que Alagoas, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco e Piauí possuem altos percentuais de instituições pagando salários abaixo de R\$ 360,00, destacando-se que no Ceará (4,35%) e em Pernambuco (4,08%) foram identificadas instituições que pagam menos de um salário mínimo vigente (SM)⁴ a seus auxiliares de enfermagem. Em contrapartida, há estados com instituições pagando acima de R\$ 840,00, destacando-se Amapá (33,33%), Rio Grande do Norte (6,67%) e Pernambuco (4,08%). Vale salientar, diante desses percentuais, que Pernambuco apresenta uma grande disparidade salarial, possuindo instituições que pagam menos de um SM e outras pagando acima de 3,4 SM. Roraima também se destaca com instituições pagando bons níveis salariais para o auxiliar de enfermagem, que concentrou 83,33% de seus profissionais na faixa salarial de R\$ 480,00 a R\$ 600,00.

Para o técnico de enfermagem, a tendência geral das instituições revela faixas salariais concentradas entre R\$ 240,00 e R\$ 360,00, correspondendo a 38,58% do total. A tendência mais marcante na análise da remuneração é a amplitude de variação observada em cada estado, sendo consideráveis os desvios com relação ao padrão do conjunto.

Entre os estados, que reproduzem a situação típica do conjunto, estão Piauí, Pernambuco, Paraíba, Maranhão, Ceará e Alagoas. Esses estados possuem a maior concentração percentual de resposta na faixa de salário entre R\$ 240,00 e R\$ 360,00. No Estado de Pernambuco, não só se reproduz o padrão geral, como se destaca o maior valor modal para a faixa salarial de R\$ 240,00 a R\$ 360,00: 72%.

⁴ O salário mínimo (SM) vigente no país em outubro de 2003 estava fixado em R\$ 240,00.

Como se pôde observar na pesquisa, há um padrão dominante de remuneração para o conjunto das instituições que possuem técnico de enfermagem. A concentração de resposta na faixa salarial de R\$ 240,00 a R\$ 360,00 só não é seguida pelos Estados do Pará, do Rio Grande do Norte, de Roraima e de Sergipe, que apresentam maiores frequências em faixas superiores de remuneração.⁵

Forma de contratação

A forma de contratação pode ser um fator propiciador de precarização do trabalho no âmbito do mercado de saúde, sobretudo quando se percebe numa mesma instituição uma categoria possuindo mais de um tipo de contrato.

Quanto às formas de contratação dos auxiliares de enfermagem identificadas na pesquisa, percebe-se que a maioria (73,29%) das instituições os contrata pelo regime celetista e 18,89%, pelo estatutário. É, portanto, importante ressaltar que foram detectados seis estados que absorvem auxiliar de enfermagem sob contrato temporário, ou por prestação de serviço (Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco e Roraima), ao passo que o Estado de Roraima apresentou maior percentual de contratações temporárias.

Referindo-se aos técnicos de enfermagem, a predominância quanto à forma de contratação é a celetista (70,76%). A maioria dos estados considerados enquadra-se nesse padrão, com destaque para o Rio Grande do Norte (90%), com maior percentual, e Roraima, com o menor percentual de celetistas, destacando-se ainda pelas elevadas frequências para outras formas de contratação e de trabalho temporário. O Amapá apresenta uma frequência especialmente elevada para o estatutário. Ressalte-se também a importância dos contratos de prestação de serviço nos casos do Ceará e do Maranhão, onde alcançam 12,50% para as respostas sobre contrato de trabalho. A situação de trabalho temporário, apesar da frequência em Roraima (50%), não apresenta importância nos demais estados, excetuando-se Bahia (5,71%) e Pernambuco (4,00%).

Horas trabalhadas

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma jornada de trabalho de 44 horas semanais e ainda determinou que os trabalhadores de turnos

⁵ O nível de não-respostas dos Estados da Bahia e do Rio Grande do Norte impediu uma análise mais robusta dessa variável.

ininterruptos tenham seis horas de jornada, o que causou impacto em alguns setores, notadamente na indústria petroquímica, na siderurgia e nos hospitais (Dal Rosso, 1998).

Mesmo se cumprindo os acordos coletivos e o trabalhador realizando plantões, alternando com folgas, a intensidade do trabalho não é evitada, podendo ser um elemento importante no estudo da precarização, sobretudo em se tratando da área de saúde, que requer profissionais em três turnos. É importante observar ser comum o exercício da atividade em mais de uma instituição, o que inclui, portanto, os fins de semana e os plantões noturnos como práticas laborais dos profissionais de saúde, incluindo-se os da área de enfermagem, que costumam exercer trabalhos em domicílio nos momentos de "folga".

Além da jornada e do ritmo de trabalho impostos, os profissionais de nível técnico em saúde não podem deixar descoberto nenhum plantão, sendo forçados a permanecer a postos se seu substituto faltar, causando riscos tanto para o indivíduo, pelo acúmulo de trabalho, como para os pacientes, pela qualidade do trabalho realizado por quem está exercendo uma função ininterruptamente durante muitas horas.

Tanto o auxiliar quanto o técnico de enfermagem estão entre os profissionais de nível técnico em saúde com maior número de horas trabalhadas, variando de 20 a 55 horas semanais. As respostas mais recorrentes das instituições pesquisadas são "dois turnos com revezamento de plantões". Destaca-se o Estado do Amapá, onde 100% das instituições responderam praticar esse turno com o auxiliar e o técnico de enfermagem. Outros estados, com grande percentual de trabalhadores em dois turnos, são: Maranhão (92,11%, auxiliar, e 87,50%, técnico), Pará (97,14%, auxiliar) e Paraíba (92%, auxiliar) e Pernambuco (92%, técnico). Por outro lado, o Estado de Roraima é o único em que predomina o turno diurno (66,67%).

Benefícios concedidos

A natureza do trabalho em saúde implica riscos⁶ para quem o exerce, de modo que a legislação trabalhista, reforçada pela vigilância dos sindicatos de cada categoria, institui a concessão de adicionais, que não evitam os riscos,

⁶ Considerando-se a existência de várias concepções de risco, optou-se pelo termo agente de risco e risco ocupacional, que envolvem os riscos à saúde ou à vida dos trabalhadores, decorrentes das atividades ocupacionais (risco ocupacional), bem como os contatos com agentes físicos, químicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais (agente de risco).

mas melhoram os salários daqueles que exercem funções insalubres, perigosas ou penosas. Essa forma de remunerar o risco, mesmo questionada por alguns estudiosos, é bem-vinda para a maioria dos profissionais, sobretudo para aqueles cujo salário é baixo.

As instituições pesquisadas, em sua maior parte, pagam adicional de insalubridade e algumas pagam tanto este como o de periculosidade. Entretanto, muitas delas ainda não cumprem a lei, deixando os funcionários descobertos desse benefício. Isso também dependeu do local de trabalho. Em alguns casos, os locais podem ser mais ou menos insalubres e perigosos. Conforme pode ser observado, os profissionais técnicos de enfermagem desenvolvem suas atividades nos seguintes setores: enfermagem, centro cirúrgico, emergência, clínica médica, obstetrícia, pediatria, ambulatório, internamento, UTI, alas e apartamentos, pronto-socorro, berçário, auxiliar geral, maternidade, centro de material, esterilização, triagem, vacinação, hemodiálise, campanhas gerais, ortopedia, consultórios, oncologia, pós-operatório, endoscopia, *home care*, pronto-socorro, quimioterapia, raio X, tomografia/ressonância, farmácia, centro de queimados, refeitórios, secretaria, teste ergométrico, etc. Visualizando os diversos ambientes de trabalho anunciados pelas instituições pesquisadas, percebe-se que esses profissionais estão expostos à maioria dos agentes de risco existentes.⁷

Quanto aos demais benefícios concedidos pela instituição, citam-se como principais alimentação e adicional noturno, os quais, mais que benefício, são direitos. Se na Constituição de 1988 foram garantidos os turnos de trabalho de seis horas para trabalhos de turnos ininterruptos com revezamento, os profissionais que ultrapassam esse tempo deveriam receber horas-extras. Ademais, considerando-se o exercício de plantões de doze horas no local de trabalho, a instituição deve fornecer alimentação ao trabalhador.

Dentre os benefícios concedidos ao auxiliar e ao técnico de enfermagem, citam-se como os principais, relatados pelas instituições: os adicionais de insalubridade e periculosidade, vale-transporte, alimentação, plano de saúde, anuênio/quinqüênio, adicional noturno e produtividade de desempenho. Considerando inicialmente os adicionais de insalubridade e periculosidade, a pesquisa identificou que ainda há inúmeras instituições que sequer pagam esses benefícios a auxiliar de enfermagem. A pesquisa verificou que os Estados

⁷ Aqui são considerados: riscos físicos (sobressaindo-se quem trabalha com radiações ionizantes); riscos mecânicos (acidentes por queda); riscos ergonômicos; riscos biológicos (todos os profissionais de saúde); riscos diretamente relacionados com a organização de trabalho (destacando-se trabalhos em turnos alternados, trabalho sob pressão, trabalho com fragilidade dos direitos trabalhistas e assédio sexual ou moral).

de Roraima, Paraíba, Bahia e Rio Grande do Norte estão entre os que menos pagam esses adicionais. É ainda importante observar que os Estados do Amapá e de Sergipe pagam somente o adicional de insalubridade quando a natureza do trabalho do auxiliar e do técnico de enfermagem pode ser periculosa.

O vale-transporte não é fornecido pela maioria das instituições, destacando-se o Estado de Roraima, que registrou 100% de respostas negativas, e os Estados do Maranhão (73,68%) e Pará (62,86%), em que predomina igualmente a não-concessão do benefício. Amapá, Sergipe e Rio Grande do Norte são os que mais concedem vale-transporte.

A alimentação é fornecida pela maioria das instituições consultadas, destacando-se o Amapá, onde todas as instituições a concedem, e Roraima, em que não é concedida. Dos estados que têm um maior número de instituições que fornecem alimentação ao auxiliar de enfermagem, destacam-se Alagoas (78,57%), Paraíba (80%), Pernambuco (75,51%) e Rio Grande do Norte (73,33%), ao passo que no Ceará (52,17%) e no Maranhão (57,89%) a maioria das instituições não a fornece.

Não obstante o exercício laboral ser na área de saúde, 78,18% das instituições dos estados do Lote B não fornecem plano de saúde, ou outro tipo de assistência à saúde ao auxiliar e ao técnico de enfermagem. Excetuando-se o Amapá, com 66,67% das instituições concedendo planos de saúde, nos demais predomina a resposta negativa.

Embora o adicional noturno seja um direito do trabalhador, esse benefício não apareceu em 100% das respostas. Espera-se que o percentual correspondente às instituições que não pagam adicional noturno (28,64%) seja referente tão-somente a quem trabalha diuturnamente, para que não se configure uma exploração. Apenas Roraima não registrou pagar esse direito do trabalhador, mas foi nesse estado que predominou o emprego diurno dessa categoria profissional.

Participação em organização associativa da categoria

A existência de organizações associativas possibilita melhor poder de barganha a uma categoria. Portanto, há de se considerar a não-existência de movimento sindical, ou associativo, como um elemento propiciador de precarização do trabalho.

O auxiliar e o técnico de enfermagem estão entre os profissionais de nível técnico mais organizados do setor saúde. Isso se deve ao fato de a categoria de profissionais de enfermagem, como um todo, ser exemplarmente

estruturada, ensejando uma disposição para pleitear seus direitos. Entretanto, há ainda alguns estados que não possuem nenhum nível de organização para esses profissionais, como o de Roraima, ou possuem poucas instituições que informaram a existência de entidades organizadas da categoria. Como exemplo, citam-se: Maranhão, 44,74%, Paraíba e Pernambuco, ambos com cerca de 40% das respostas negativas das instituições.

Grau de instrução/qualificação

O baixo nível de qualificação pode representar um alto nível de precarização, sobretudo porque há, nesses casos, uma dupla possibilidade de efeito danoso da condição de precarização. A ausência de qualificação repercute tanto no indivíduo, que, por não ter a técnica, pode sofrer problemas como estresse, acidentes de trabalho, doenças profissionais, etc., como também pode prejudicar quem está sendo cuidado por ele, com a oferta de um serviço desqualificado e com possibilidade de risco.

O nível de instrução predominante da categoria auxiliar de enfermagem é o segundo grau (84,36%), tendo sido registrados ainda 14,66% desses técnicos com o primeiro grau, 0,65% com nível técnico (Ceará) e 0,33% com nível superior (Bahia). Os estados que mais exigiram profissionais com o segundo grau foram o Amapá, em que 100% dos auxiliares de enfermagem possuem o segundo grau, e o Piauí, com 91,67%. Os demais estados ficaram em torno de 80% da categoria com o segundo grau, excetuando-se a Paraíba, que ainda possui 32% com apenas o primeiro grau. Quando indagadas se foi necessária a demonstração de habilidade específica para assumir o cargo de auxiliar de enfermagem, quase todas as instituições afirmaram fazer essa exigência (96,42%), destacando-se os Estados de Alagoas, Amapá, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Roraima e Sergipe. Apenas no Maranhão, com 10,53% das respostas, na Bahia (6%), em Pernambuco (4,08%) e no Pará (2,86%) as instituições consultadas admitiram não ser necessária qualificação para o exercício da função.

Sobre sua política de qualificação, 37,78% de todas as entidades demonstraram proporcionar algum tipo de qualificação a esses profissionais. Entretanto, algumas, preferindo exigir qualificação específica no ingresso do profissional, não se preocupam com a reciclagem, deixando-a a cargo de cada profissional. O estado com maior preocupação com a qualificação do auxiliar de enfermagem foi o Amapá, com 100% de respostas afirmando promover cursos de reciclagem; o segundo com essa preocupação foi o Rio

Grande do Norte, com 60% das instituições reciclando seus profissionais. Importante observar que alguns estados possuem um elevado percentual de instituições que não possuem política de capacitação, destacando-se: Pernambuco (53,06%), Piauí (58,33%) e Sergipe (50%).

Na maioria das unidades da Federação com instituições que possuem técnico de enfermagem, prevalece o grau de instrução de nível médio, mas parcelas residuais da categoria foram encontradas com o primeiro grau de instrução nos Estados da Bahia (2,86%) e de Sergipe (9,9%).

Foi verificada também uma discrepância entre a formação técnica e o grau de instrução. Esse desvio parece recorrente no Estado do Ceará. Desse modo, 6,25% das instituições desse estado responderam que o técnico de enfermagem possui grau de instrução de nível superior. Uma hipótese para esse desvio entre a qualificação requerida e a qualificação do profissional está associada à rigidez dos planos de cargo e carreira e à falta de mobilidade (ascensão) funcional existente no setor público. Quanto à necessidade de qualificação, as instituições possuem um padrão bem característico para o técnico de enfermagem. Em sua quase totalidade, afirmam a necessidade de qualificação específica da categoria. Apenas Bahia (2,86%), Ceará (6,25%) e Maranhão (4,17%) registraram resposta em contrário.

O critério que exige qualificação específica da categoria, contudo, está associado à predominância de políticas de qualificação realizadas na própria instituição, destacando-se os casos do Amapá (66,67%) e de Alagoas (55,56%). No sentido oposto, no qual a política de qualificação não é predominantemente realizada na própria instituição, encontra-se o caso de Roraima (0%) e do Maranhão (12,50%). Nesses estados, os maiores percentuais de resposta são alcançados pela qualificação obtida fora da instituição e realizada por outra instituição: 50% e 37,50%, respectivamente. Nos Estados da Bahia, do Ceará e de Pernambuco, que respondem pela maioria das instituições pesquisadas, o padrão da política de qualificação do técnico de enfermagem mostra que o nível de resposta predominante se concentra na ausência de políticas de qualificação de parte da instituição pesquisada. Esse padrão é mantido na maioria dos estados do Lote B.

Para além da polarização entre a existência e a não-existência de política de qualificação para a categoria, pode ser detectada uma situação intermediária que se revela também expressiva. É o caso do percentual de respostas, no qual as instituições responderam que existe política de qualificação, mas esta é realizada fora da instituição, por outra instituição. É o que se pode notar em estados como Roraima (50%), Pará (37,50%) e Sergipe

(36,36%). Não se pode afirmar que esses percentuais correspondam a uma maior rede de qualificação profissional com relação aos demais estados analisados.

Política de recursos humanos

Foram considerados como política de recursos humanos os mecanismos de gestão de pessoal, pela existência ou não de Plano de Cargos e Carreira (PCC) para as funções específicas das formações técnicas em saúde. Nesse âmbito, os processos de contratação de pessoal que caracterizam ou não flexibilização institucional representam outro aspecto da gestão nas entidades de saúde pesquisadas. A flexibilização institucional para contratar constitui um aspecto decisivo na escolha de processo de contratação de pessoal, principalmente quando se refere às instituições públicas.

Distribuído entre diversos tipos de estabelecimentos de saúde e não apenas em unidades hospitalares, o auxiliar e o técnico de enfermagem apresentam-se como categorias numerosas e importantes no universo dos trabalhadores em saúde de nível técnico. Contudo, esse destaque quanto à sua presença em diferentes estabelecimentos de saúde não corresponde, no plano das políticas de recursos humanos, aos modelos de gestão de pessoal adequados. Assim, 87,62% das instituições responderam não possuir plano de cargos de carreira para a categoria auxiliar, e 86,29%, para o técnico.

Analisando-se o auxiliar de enfermagem, percebeu-se que as variações se limitam ao menor percentual apresentado pelo Estado de Alagoas, com 71,73%, e ao maior, apresentado pelos Estados do Amapá e de Roraima, ambos com 100%. Observando as unidades da Federação nas quais a resposta é afirmativa quanto à existência de plano de cargos de carreira, verifica-se que o melhor resultado se encontra no Estado de Sergipe, com 28,57% de instituições com plano de cargos e carreira para o auxiliar de enfermagem. Ainda com percentuais de resposta positiva, destacam-se Alagoas (21,43%), Rio Grande do Norte (20%) e Pernambuco (18,37%). Os Estados do Ceará (13,4%) e da Bahia (4%) compõem o grupo no qual, apesar da elevada frequência de respostas sobre a existência da categoria, há baixa incidência de política de recursos humanos, estabelecida a partir de um PCC.

Os estados que apresentaram maiores percentuais de carência de pessoal foram Amapá, 66,67%, Pará, 34,29%, Ceará, 34,78% e Piauí, 33,33%. Destaque-se ainda que o Amapá foi o único que apresentou percentual de carência superior ao de não-carência de pessoal. No universo das instituições que

declararam existir carência de auxiliar de enfermagem, perceberam-se divergências nas formas para suprir tal carência.

A terceirização tem sido amplamente utilizada nos doze estados. Essa forma de superação de carência de pessoal responde por 10,81% das respostas. Sua distribuição geográfica é bastante difundida, sendo encontrada, especificamente, no Ceará, com 37,5%, Rio Grande do Norte, com 25%, e Pernambuco, com 10%.

A utilização do desvio de função representa o menor percentual entre as formas de supressão de carência, atingindo 8,11% das respostas para o Lote B. Os estados onde esse mecanismo é utilizado são: Roraima (100%), Bahia (28,57%), Piauí (25%) e Ceará (12,5%).

Com maior importância que as duas formas anteriores, o aumento de carga horária representa 22,97% das respostas sobre a supressão de carência do conjunto da amostra. Esse mecanismo é amplamente utilizado em todos os estados, excetuando-se Alagoas e Rio Grande do Norte. Nas demais unidades da Federação, a distribuição da frequência apresenta uma elevada variação. Em Roraima, 100% das instituições responderam utilizar essa forma de suprir a carência de pessoal. O aumento das horas de trabalho verifica-se também nos Estados da Paraíba (75%) e do Amapá (50%). Numa faixa intermediária, encontram-se os demais estados: Maranhão (28,57%), Bahia (28,57%), Sergipe (25%), Piauí (25%), Pernambuco (20%), Ceará (18,75%) e Pará (8,33%).

Algumas formas para superar as dificuldades de pessoal são restritas às entidades públicas de saúde. Para entidades privadas, ou privadas sem fins lucrativos, a flexibilidade do processo de contratação depende exclusivamente de fatores ligados ao mercado de trabalho, o mesmo não ocorrendo quando se trata de instituição pública. Sob esse aspecto, as respostas relativas ao suprimento de carência por meio de concurso dizem respeito especificamente às entidades públicas. No conjunto das instituições, essa medida da utilização de concurso aparece em 22,97% das respostas. Para o conjunto de doze estados, em apenas dois (Bahia e Roraima) não houve resposta afirmativa quanto à realização de concurso. Entre os demais, dois se destacam: os Estados do Amapá e do Rio Grande do Norte, ambos com 50% de resposta afirmativa sobre a realização de concurso para suprir a carência de pessoal. Em Alagoas (33,33%), Ceará (31,25%), Maranhão (28,57%), Piauí (25%) e Sergipe (25%), são encontrados percentuais de resposta menores, mas, ainda assim, expressivos. Os valores apresentados e sua distribuição geográfica dependem, em grande parte, de fatores

institucionais mais gerais, extrapolando as políticas pontuais das instituições públicas. Contudo, os percentuais de resposta apresentados não são desprezíveis, o que permite supor que a carência de pessoal nas instituições públicas de saúde tem encontrado no concurso uma forma crescente de superação da falta de pessoal.

A utilização do trabalho temporário sugere que esse mecanismo tem considerável relevância nas políticas de recursos humanos das entidades de saúde, correspondendo a 18,92% das formas de suprimento de carência entre as entidades investigadas. Excetuando-se os Estados de Alagoas, Amapá, Roraima e Sergipe, os demais apresentam, com diferentes patamares, essa forma de suprir a carência. Maranhão, com 28,57%, corresponde ao limite superior, enquanto Pernambuco, com 10%, corresponde ao limite inferior do intervalo de variação para a resposta afirmativa. Os Estados do Ceará, do Pará, da Paraíba, do Piauí e Rio Grande do Norte apresentam percentuais semelhantes (25%). Assim, observou-se que, sob suas diferentes formas, o trabalho temporário se apresenta como um mecanismo mais utilizado que a terceirização para contratar pessoal da categoria de auxiliar de enfermagem.

Em muitos casos, a resposta afirmativa sobre a existência de carência de pessoal nem sempre implica a existência de mecanismos para sua supressão. Além disso, as estruturas de recursos humanos na área de saúde parecem comportar uma gama de situações singulares para a contratação de auxiliar de enfermagem. Nos Estados de Pernambuco (40%) e Alagoas (33,33%), são encontrados os maiores percentuais de resposta que indicam situações não tradicionais para suprir a carência de pessoal.

Em geral, pode-se afirmar que, em grande parte, as carências de pessoal simplesmente não são supridas pelas instituições. Levando em consideração a categoria auxiliar de enfermagem e sua estreita relação com processos de acolhimento e tratamento de pacientes em hospitais e unidades de saúde, pode-se inferir que parte das instituições pesquisadas mantém sua carência de pessoal como demanda reprimida. Um aspecto a ser considerado diz respeito ao fato de que muitas dessas instituições são públicas. O que remete à discussão sobre as perspectivas da formação profissional diretamente para a demanda reprimida existente no sistema público de saúde.

Tomando-se a categoria técnico de enfermagem, verificou-se nas instituições de Pernambuco (24%) e da Paraíba (23,81%) os maiores percentuais de existência de Plano de Cargos e Carreira (PCC). Dentre os estados com respostas negativas, a situação mais crítica é encontrada na

Bahia (94,29%), no Maranhão (95,83%), no Amapá (100%), em Roraima (100%) e no Piauí (91,67%).

Complementando o quadro de relativa inexistência de uma política de recursos humanos centrada na implementação de um plano de cargos e carreira, verificou-se a perspectiva de carência ou não de pessoal nas unidades pesquisadas. Entre as unidades federativas que apresentam maior percentual de resposta positiva quanto à carência de pessoal, destacam-se Amapá (66,67%), Alagoas (33,33%) e Ceará (25%).

A estreita relação entre a carência e a forma de supri-la mostra-se reveladora dos mecanismos de contratação de trabalho precário nas diferentes unidades da Federação. No Estado do Ceará, por exemplo, a terceirização como forma de suprir a carência atinge 25% das instituições. O desvio de função é outro mecanismo para suprir carência de pessoal. É o que se verifica, sobretudo, nos Estados do Ceará (50%), Bahia (28,57%) e Pernambuco (25%). O aumento de carga horária é considerável nos casos do Amapá (50%), da Bahia (42,26) e do Ceará (25%).

Elevar a carga horária é uma prática relativamente freqüente, alcançando 19,35% para resposta positiva. No grupo de estados que não lançam mão desse recurso estão: Alagoas, Maranhão, Pará, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe. Note-se que dos estados que representam os maiores mercados de trabalho regionais apenas Pernambuco faz parte desse recorte. A situação oposta é exemplificada pelos Estados da Paraíba (100%), do Amapá (100%) e da Bahia (42,86%), que apresentam freqüência de resposta positiva quanto à ampliação da jornada do técnico de enfermagem. O caso da Bahia é particularmente importante diante da dimensão regional de seu mercado de trabalho em saúde, e por isso detém um peso maior na amostra da pesquisa. A realização de concurso, o que supõe tratar-se de instituições públicas, alcança percentuais mais elevados no Amapá (50%), no Pará (33,33%), em Alagoas (33,33%) e em Pernambuco (25%).

A diversidade de situações para suprir a carência de pessoal é crescente, revelando-se o elevado percentual de outras modalidades. Em Alagoas (66,67%), no Pará (33,33%), na Bahia (28,57%) e em Pernambuco (25%), essas outras modalidades incluem sistema de cooperativa de trabalho, outras formas de contrato de prestação de serviços e modalidades diversas de relação institucional de cessão de pessoal.

A utilização de contrato temporário é a principal forma de suprir carência de técnico de enfermagem, atingindo um percentual de resposta de 29,03%

para o conjunto do Lote B. Essa prática é particularmente intensa nos Estados de Alagoas, do Amapá, da Paraíba e de Sergipe, todos com 100% de resposta positiva. No extremo oposto estão o Maranhão e o Rio Grande do Norte, nos quais o percentual de resposta negativa é 100%. Um grupo intermediário é composto pelos Estados de Pernambuco, Pará, Ceará e Bahia.

De modo geral, verificou-se que algumas formas tradicionais, apontadas como fator de precarização, a exemplo dos contratos de terceirização, não se constituem de modo algum em fator predominante, como se poderia imaginar inicialmente. É notável a utilização do desvio de função e de variadas formas de contratação como mecanismos para suprir as carências tanto do técnico de enfermagem quanto do auxiliar nas instituições analisadas.

Análise das categorias selecionadas

Para efeito de uma visualização mais sintética da precarização do trabalho do pessoal de nível técnico selecionado para discussão neste ensaio, foi possível a elaboração de um indicador de condições de trabalho (ICT). O indicador é composto pelas seguintes variáveis, em percentual: instituições que têm a categoria com o 2º grau de instrução; instituições com exigência de qualificação específica; instituições que possuem alguma política de qualificação; instituições que têm Planos de Cargos e Carreira; instituições que têm adicional de insalubridade; instituições que têm sindicato; instituições que têm vale-transporte; instituições que têm ajuda-alimentação; instituições que têm plano de saúde; instituições que têm cesta básica; instituições que têm anuênio/quinqüênio; instituições que têm produtividade/desempenho.

Foram selecionadas variáveis com maior frequência para as categorias, de forma que o indicador aqui elaborado é um valor médio, que varia entre zero (maior precarização) e 100% (menor precarização). Nesse sentido, a precarização é obtida como resíduo do ICT; quanto maior é esse resíduo, mais precárias são as condições de trabalho.

A variável nível de remuneração não foi considerada por causa do elevado nível de "não-resposta" para essa questão em estados importantes na amostra, como a Bahia.

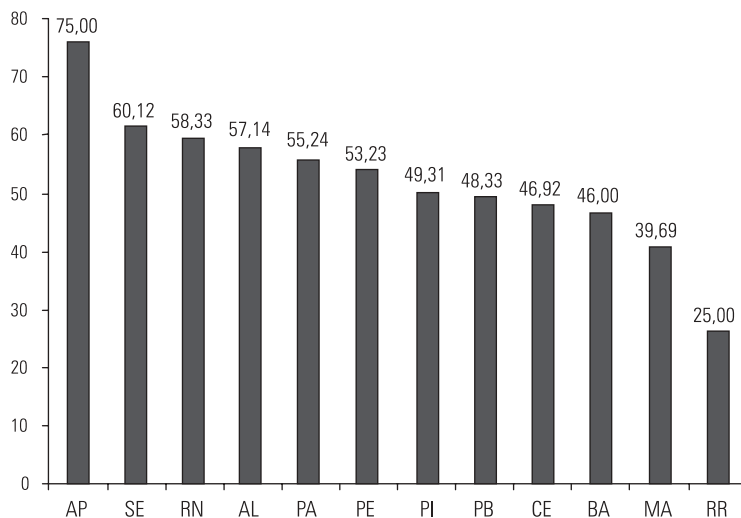
Assim, construiu-se o *ranking* das condições de trabalho por unidade da Federação, tendo sido apresentados indicadores apenas para aqueles estados nos quais foi identificada a presença da categoria de nível técnico nas instituições da amostra.

O resultado geral para as categorias investigadas mostra que as condições de trabalho tendem a menos precarizadas para categorias mais organizadas e com maior poder de barganha, independentemente das circunstâncias locais e/ou regionais específicas. É o que se observa no quadro dos indicadores gerais, considerando todo o Lote B. A situação relativa mais favorável para o conjunto de variáveis selecionadas é encontrada para a área de enfermagem, alcançando para técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem 52,54% e 49,51%, respectivamente.

Mesmo parcialmente, em face das variáveis selecionadas, pode-se afirmar que, para o conjunto de categorias, algumas unidades da Federação apresentam tendências bem nítidas a partir do ICT. Os Estados de Roraima e Piauí apresentam uma recorrente situação desfavorável, contrastando com outros estados do lote, como Amapá e Pará, que apresentam bons resultados no conjunto. Do mesmo modo, pode-se afirmar que, para os maiores mercados de trabalho, representados pela Bahia e por Pernambuco e Ceará, há tendências distintas sobre condições de trabalho para as categorias analisadas. O Ceará apresenta uma situação de piores condições em geral, ao passo que na Bahia a tendência é marcada por fortes discrepâncias entre as categorias. Em Pernambuco, são obtidos os melhores indicadores, situando-se quase sempre acima dos indicadores gerais de cada categoria. A situação de Sergipe representa a melhor situação relativa, juntamente com o Amapá e o Rio Grande do Norte, embora com fortes oscilações de resultado entre as categorias.

Para a categoria auxiliar de enfermagem, o indicador de precarização para o Lote B alcançou 49,51%. Entre os estados com indicadores acima desse patamar estão: Pernambuco, Pará, Alagoas, Rio Grande do Norte, Sergipe e Amapá. Os estados com indicador abaixo do padrão geral são: Piauí, Paraíba, Ceará, Bahia, Maranhão e Roraima. Desse modo, observa-se que o comportamento das variáveis não estabelece qualquer correlação com o perfil socioeconômico, ou da dimensão do seu mercado de trabalho em saúde do estado, podendo variar de acordo com características mais próprias das instituições de saúde.

Gráfico 1 — Condições de trabalho — auxiliar de enfermagem



Fonte: elaboração própria, 2003.

Gráfico 2 — Condições de trabalho — técnico de enfermagem



Fonte: elaboração própria, 2003.

Desse modo, as melhores condições de trabalho podem ocorrer no Amapá, hipoteticamente, em razão da escassez de pessoal qualificado e da consequente política de atração de profissionais por parte das instituições. A mesma hipótese, contudo, não parece favorecer Roraima, cujo indicador é o mais baixo do conjunto. Por outro lado, em mercado de trabalho com maior oferta de profissionais, como Bahia e Ceará, o resultado é inferior ao padrão do Lote B. No entanto, o mesmo não ocorre em Pernambuco, que apresenta melhor indicador que aqueles estados, embora também possua características de um mercado de trabalho já consolidado para o auxiliar de enfermagem. Observe-se ainda que a situação do auxiliar de enfermagem mostra que a disparidade entre os valores obtidos para cada unidade da Federação pode alcançar até 50 pontos percentuais.

O técnico de enfermagem apresenta uma média mais elevada que a do auxiliar de enfermagem, 52,54%, sendo o grupo de estados com melhores indicadores semelhante àquele apresentado pelo auxiliar de enfermagem: Pernambuco, Pará, Alagoas, Rio Grande do Norte, Sergipe e Amapá. No grupo dos estados em pior situação estão: Paraíba, Ceará, Bahia, Piauí, Maranhão e Roraima.

O técnico de enfermagem, além de apresentar uma situação geral melhor que a do auxiliar, mostra também menor discrepância entre o maior e o menor percentual obtido por estado. Isso se deve, sobretudo, à posição de Roraima, que fica bem abaixo dos demais estados. Caso contrário, a curva teria uma trajetória mais suave, e a diferença entre as situações extremas seria menor. Conforme se observa na pesquisa com oito categorias, a participação de Roraima produz uma distorção negativa nos resultados gerais, tendendo a ampliar a discrepância desfavorável. Isso é em parte compensado pelo resultado positivo do Amapá.

Considerações finais

As mudanças no mundo do trabalho nas últimas décadas têm promovido um intenso debate sobre a precarização das relações de trabalho. Contudo, não existe um consenso quanto à definição da categoria precarização. Por um lado, são enfatizadas a forma e a existência da relação empregatícia; por outro, considera-se o processo de trabalho nas condições específicas de cada categoria profissional e, por último, sublinham-se as novas atividades e funções que incorporam maior pressão sobre alguns tipos de profissionais, como vem a ser o caso da área de saúde.

A precarização das condições de trabalho coloca-se como possibilidade para todas as categorias profissionais, mas especificamente para o setor saúde, conforme foi identificada na pesquisa para o Samets, ganha contornos próprios. Para este ensaio foram tomadas duas das categorias cuja natureza do trabalho se caracteriza pelo elevado nível de exigência profissional ao lado de deficientes condições laborais: auxiliar e técnico de enfermagem. Para esses profissionais, o ambiente institucional revelado à luz do indicador de condições de trabalho expressa algumas tendências preocupantes: a existência de consideráveis heterogeneidades regionais, uma vez que Roraima e Amapá, UFs com semelhanças geográficas, apresentam ICT bastante discrepantes, o mesmo ocorrendo no Nordeste (MA e SE). Além disso, observou-se que o estudo da precarização requer aspectos qualitativos vinculados à cultura organizacional local e ao nível de regulação da categoria, como se pôde observar no nível de organização dos trabalhadores de enfermagem, cuja mera existência de organismo representativo não reflete a complexidade do fenômeno.

Outro aspecto a destacar diz respeito ao baixo percentual de instituições que fornecem planos de saúde aos seus empregados, revelando um contrasenso. As estratégias para suprir carência de pessoal por parte das instituições também têm impactos diretos no nível de precarização, conforme se pode constatar na correlação entre concurso público e menor precarização (RN) e contrato temporário e maior precarização (CE) entre instituições públicas.

Em suma, ainda há muito que investigar no que se refere à precarização do trabalho no setor saúde, que possui contornos institucionais, antropológicos, políticos e sociais particulares, mas, ao mesmo tempo, diretamente vinculados ao processo global de crise do mundo do trabalho.

Referências bibliográficas

BENAMOUG, Daniel. Des mots pour le dire: exclusion et précarité, catégories d'action publique. In: LEBAS, Jacques; CHAUVIN, Pierre. *Precarité et Santé*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/SAMETS. Condições de trabalho do pessoa de nível técnico em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 (relatório técnico).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Orgs. André Falcão et al. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DAL ROSSO, Sadi. O debate sobre a redução da jornada de trabalho. Organização de Cláudio Salvadori Dedecca. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos do Trabalho - Abet, 1998. (Coleção Abet - Mercado de Trabalho).

GOLLAC, Michel; VOLKOFF, Serge. *Les conditions de travail*. Paris: Edit. La Déconverte, 2000.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste*. Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papyrus, 1999.

MENELEU, José, et alii. Características regionais do emprego em enfermagem no Brasil: 1995-2000. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dep.de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - Profae. Formação: mercado de trabalho em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. nº 2, nº 6.

TODESCHINI, Remígio. Cadernos de Saúde do Trabalhador. São Paulo: INST, vol. 3, junho 2000.

Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia¹

Ana Luiza Stiebler Vieira, Ana Claudia Pinheiro Garcia, Antenor Amâncio Filho, Célia Regina Pierantoni,

Clarice Aparecida Ferraz, Eliane dos Santos Oliveira, Janete Rodrigues da Silva Nakao, Sérgio Pacheco de Oliveira,

Silvana Martins Mishima, Tania França e Thereza Christina Varella

Introdução

O objetivo central deste estudo é a análise do sistema educativo das graduações em medicina, enfermagem e odontologia. Os resultados viabilizam a geração de conhecimento das principais tendências dessas graduações e, em particular, permitem apontar as distorções nas suas formações subsidiando as instâncias gestoras do SUS na formulação e na implementação da política de saúde e de seus recursos humanos. A análise foi realizada com a participação de três estações – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERB/USP) e apresenta as principais tendências das formações em medicina, enfermagem e odontologia no Brasil, observadas no período de 1995 a 2001 por meio dos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) do Ministério da Educação.² Vale ressaltar que essa base de dados apresentava problemas de consistência dos dados que foram saneados após a importação para um ambiente de banco de dados e minuciosa conferência.

As principais tendências estão relacionadas à oferta de cursos, vagas e egressos dessas graduações segundo a natureza jurídica das instituições (pública, privada) e as unidades federadas.

¹ Constitui um dos produtos da pesquisa *Tendências e situação atual da oferta do sistema educativo na área da saúde*, que analisou no Brasil doze graduações, a educação profissional de nível técnico e, em São Paulo, os programas de residência médica e de aprimoramento profissional. Tal pesquisa foi coordenada por duas estações da Fiocruz, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e a Escola Politécnica Joaquim Venâncio, em parceria com outras sete estações de trabalho (IMS/Uerj, Nesc/UFRN, Nesp/UnB, EERP/USP, ESP/SES/RS, UEL/PR, SES/SP) participantes da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Rorehs).

² A pesquisa foi iniciada em dezembro de 2003 e utilizou o banco de dados disponível pelo Inep que se referia a 2001.

Graduações em saúde

No período de 1995 a 2001, o quadro geral do sistema educativo da graduação em saúde no país apresenta grandes características: o grande crescimento da sua oferta, a desigualdade geográfica dessa oferta e, ainda, a privatização do sistema. Dentre as razões de aumento dos cursos, além das historicamente acumuladas (Pierantoni et al., 2003), podem-se destacar as mudanças provocadas pela Lei de Diretrizes e Bases, Lei nº 9.394/96, que favoreceram a criação de cursos e a privatização do ensino, com a autonomia dada às instituições de ensino superior e com a flexibilização dos currículos. Entre outros artigos da referida lei que tratam da autonomia das instituições e da flexibilização dos currículos, destaca-se o art. 53. Neste, são asseguradas às universidades, no exercício da sua autonomia e sem prejuízo de outras, as atribuições de: criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior previstos nesta lei, obedecendo às normas gerais da União e, quando for o caso, do respectivo sistema de ensino; fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes. Tendo em vista esse contexto, pode-se observar por meio dos itens subseqüentes as tendências das três formações objeto deste estudo no período de 1995 a 2001.

As tendências das graduações em medicina, enfermagem e odontologia

O crescimento da oferta

Os dados revelam uma ampliação indiscriminada dos cursos e das vagas das graduações em medicina, enfermagem e odontologia entre os anos de 1995 e 2001 no Brasil (Tabelas 1, 2, 3). Para a **medicina**, nesse período (Tabela 1), foram criados 21 novos cursos, o que representou um aumento de 24,7%.³ O total de vagas oferecidas acompanhou o aumento dos cursos, passando de 8.247 para 11.282 vagas, o que significou um crescimento de 36,8%. Entretanto, a repercussão da oferta de profissionais médicos decorrente do aumento do número de vagas do setor privado a partir de 1997 só deverá ser observada nos próximos anos, em função do tempo exigido para a formação. Dessa forma, observa-se que o quantitativo de egressos dos cursos de medicina se manteve estável, em torno de 7.600 graduados anuais.

³No ano de 2001 estavam registradas 103 escolas que ofereciam 106 cursos de graduação em medicina.

A comparação da evolução do número de vagas ofertadas com o número de egressos, considerando-se o quantitativo de egressos do ano de 2001 (8.004) e o quantitativo das vagas de 1995 (8.247), sugere que o curso de medicina teve pouca evasão. Segundo Pierantoni (2001), a graduação em medicina sofreu nas décadas de 1960 e 1970 uma importante inflexão com um *boom* de universidades e vagas verificado entre 1965 a 1975. Até 1970, foram criadas 43 novas escolas, sendo a maioria privadas, com subsídios governamentais. Em 1996, o país contava com 84 instituições autorizadas a funcionar. De acordo ainda com a autora, em razão da concorrência, novas escolas médicas foram sendo criadas indiscriminadamente como solução para o grande número de excedentes, bem como por pressão da categoria médica por mais vagas universitárias.

Para a **enfermagem** (Tabela 2), os cursos aumentaram de 108 para 215, o que significa um crescimento de 99,1% no período de 1995 a 2001. O número de vagas ofertadas cresceu ainda mais, 174,3%, aumentando de 8.068 para 22.133. Quanto ao número de egressos, já se observa uma expansão de 45,3%, mas que ainda não reflete o aumento global do número de cursos e vagas. Um dos fatores que podem se apresentar como importante ferramenta de abertura de postos de trabalho e que de forma indireta fomentaria a expansão de cursos/vagas para a enfermagem é o conjunto de normatizações nos últimos anos relacionadas principalmente à alocação de enfermeiros em serviços, com os Conselhos Regionais exercendo intensa fiscalização sobre essas normatizações.

Para a **odontologia** (Tabela 3), foram criados 61 novos cursos de graduação, significando um crescimento de 68,5%, notadamente a partir de 1998. O número de vagas registrou um aumento de 63,7%; em média, foram oferecidas anualmente 10.820 vagas de odontologia no país. No período de 1995-2001, o número de egressos passou de 6.741 para 7.698, um incremento bruto de 14,2%, que ainda também não reflete o aumento do número de vagas, tendo em vista o tempo mínimo exigido para conclusão da graduação. Pode-se dizer que as políticas públicas formuladas nos últimos cinco anos contribuíram de forma ímpar tanto para o crescimento das categorias odontológicas quanto para a procura da graduação, com a implantação das equipes de saúde bucal no PSF (Brasil, 2004a).

O processo de descentralização decorrente da implantação e da implementação do Sistema Único de Saúde teve como consequência a transformação do perfil qualitativo e quantitativo da força de trabalho em saúde, com a incorporação crescente de trabalhadores de distintas formações (odontólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, físicos, assistentes sociais)

e aumento considerável das categorias já existentes. Verifica-se, portanto, um efetivo crescimento dos postos de trabalho na década de 1990, fruto da ampliação, principalmente, da rede de atenção básica nos distintos espaços geopolíticos brasileiros (Mishima et. al., 1990, Tanaka et. al., 1991; Mishima et. al., 1999). Nesse cenário, de fato houve a ampliação de postos de trabalho em saúde, primordialmente dos médicos, da enfermagem e dos odontólogos, os quais se tornaram quantitativamente as categorias mais expressivas da equipe de saúde no país. Assim, pode-se inferir que as políticas públicas do setor saúde – as quais vêm ampliando substancialmente o mercado de trabalho setorial –, aliadas às políticas do setor de educação – que flexibilizaram o seu sistema –, representam o contexto favorável para o grande crescimento dos cursos, das vagas e dos conseqüentes egressos das graduações em saúde, particularmente da medicina, da enfermagem e da odontologia.

A concentração geográfica da oferta

Os dados da Associação Brasileira de Educação Médica, atualizados em dezembro de 2003, mostram que já existem 112 escolas médicas no Brasil, das quais 68% se concentram nas regiões Sul e Sudeste. No período de 1995 a 2001 (Tabela 1), observa-se que o número de cursos de medicina no Sudeste cresceu 15,2%, sendo o Estado de São Paulo o principal responsável por esse incremento, com a abertura de mais cinco cursos. Na região Nordeste, houve um acréscimo de 28,6%, com mais cinco cursos nos Estados da Bahia, Ceará e Piauí; a região Sul registrou aumento de 35,3%, contando com mais seis cursos, quatro destes em Santa Catarina; a região Centro-Oeste duplicou seu número de cursos, concentrados principalmente no Mato Grosso do Sul; e a região Norte manteve-se estável, com apenas quatro cursos.

Em função do aumento do número de cursos no Nordeste, no Sul e no Centro-Oeste, essas regiões apresentaram maior participação proporcional de crescimento dos cursos. No entanto, mesmo que o crescimento proporcional do Sudeste tenha sido menor em 2001, somente nessa região estava concentrada metade dos cursos de medicina do Brasil, sendo a maior parte (40) nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro. A oferta de vagas de medicina no país manteve essa mesma dinâmica, sendo proporcionalmente acentuada no Centro-Oeste, no Sudeste e no Sul. Mas por causa da diferença numérica das vagas, o Sudeste, que ofertava 57,7% das vagas do país em 1995, passa a ofertar 64,3% em 2001. Observa-se que o estado responsável pelo aumento da oferta de vagas na região Sudeste foi o Rio de Janeiro, que passa de 1.930

vagas no ano de 1995 para 3.685 vagas em 2001. Apesar de o Estado de São Paulo ter sido o que mais aumentou cursos (5) no período analisado, não houve um aumento correspondente do número de vagas ofertadas.

Tabela 1 – Cursos, vagas e egressos da graduação em medicina por regiões, segundo unidades federadas. Brasil, 1995-2001

Graduação	Medicina					
	Cursos		Vagas		Egressos	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001
Brasil	85	106	8247	11282	7622	8004
Norte	4	4	360	310	319	241
Acre	0	0	0	0	0	0
Amapá	1	1	80	80	75	48
Amazonas	0	0	0	0	0	0
Pará	2	2	250	210	244	179
Rondônia	0	0	0	0	0	0
Roraima	1	1	30	20	0	14
Tocantins	0	0	0	0	0	0
Nordeste	14	18	1574	1493	1281	1376
Alagoas	2	2	150	130	128	133
Bahia	2	3	560	400	310	391
Ceará	1	4	140	330	136	169
Maranhão	1	1	70	63	121	61
Paraíba	2	2	164	290	158	118
Pernambuco	3	2	290	0	219	284
Piauí	1	2	50	110	52	58
Rio G. do Norte	1	1	80	90	83	80
Sergipe	1	1	70	80	74	82
Sudeste	46	53	4757	7258	4550	4838
Espírito Santo	2	2	200	200	216	232
Minas Gerais	10	11	1054	1190	1039	1079
Rio de Janeiro	15	16	1930	3685	1700	1719
São Paulo	19	24	1573	2183	1595	1808
Sul	17	23	1298	1711	1222	1261
Paraná	5	6	406	516	395	372
Rio G. do Sul	10	11	752	816	729	754
Santa Catarina	2	6	140	379	98	135
Centro-Oeste	4	8	258	510	250	288
Distrito Federal	1	2	60	95	46	82
Goiás	1	1	110	110	105	110
Mato Grosso	1	2	40	140	44	52
Mato G. do Sul	1	3	48	165	55	44

Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Em relação à graduação em **enfermagem** (Tabela 2), os dados demonstram que, no ano de 1995, a região Norte participava com 6,5% dos cursos, o Nordeste, com 20,4%, o Sudeste, com 47,2%, o Sul, com 21,3% e o Centro-Oeste, com 4,6%. Nos anos subseqüentes a 1995, observa-se que houve mobilidade dos percentuais de cursos de enfermagem por regiões, no entanto sem privilegiar as regiões Norte e Nordeste. Em 2001, o Nordeste diminuiu sua participação para 13,5%, o Norte manteve em 6% e as regiões Sudeste, Sul e o Centro-Oeste aumentaram respectivamente para 48,8%, 25,1% e 6,5%. Observa-se que, em comparação com as demais regiões, o crescimento de cursos de enfermagem na região Norte, independentemente da vinculação administrativa, é inexpressivo.

Na distribuição de vagas de graduação em enfermagem, durante todo o período analisado, observa-se sua concentração na região Sudeste, a qual apresentou um crescimento de 209,4%; somente os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo concentravam, em 2001, 52,3% da oferta de vagas do país. O Nordeste, que em 1995 era a segunda região que mais concentrava vagas, teve o menor aumento do país (43,3%), ocupando o terceiro lugar em 2001, destacando-se os Estados da Bahia e do Ceará. Situação inversa foi verificada na região Sul, que passou do terceiro para o segundo lugar em concentração de vagas, com um crescimento de 198,2% e maior oferta no Estado do Rio Grande do Sul. Quanto à região Centro-Oeste, foi a que apresentou o maior aumento proporcional de vagas (241%), entretanto, durante todo o período considerado, ocupou o quarto lugar na oferta de vagas; somente o Estado de Goiás concentrava, em 2001, 47,6% das vagas dessa região. Já o Norte, embora tenha apresentado expressivo aumento do total de vagas (178,9%), manteve-se como a região com a menor concentração.

Tabela 2 — Cursos, vagas e egressos da graduação em enfermagem por regiões, segundo unidades federadas. Brasil, 1995-2001

Graduação	Enfermagem					
	Cursos		Vagas		Egressos	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001
Brasil	108	215	8068	22133	4373	6355
Norte	7	13	270	753	280	245
Acre	1	1	30	30	16	14
Amapá	1	1	30	35	0	19
Amazonas	1	2	40	200	37	16
Pará	3	6	140	258	214	177
Rondônia	1	2	30	130	13	19
Roraima	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	1	0	100	0	0
Nordeste	22	29	1615	2314	1023	1244
Alagoas	1	2	40	280	31	26
Bahia	5	6	370	560	240	412
Ceará	4	5	290	440	167	233
Maranhão	2	2	140	67	77	103
Paraíba	3	3	280	240	214	141
Pernambuco	3	3	320	350	165	179
Piauí	1	4	50	240	43	41
Rio G. do Norte	2	2	85	97	68	57
Sergipe	1	2	40	40	18	52
Sudeste	51	105	4384	13565	2135	3485
Espírito Santo	1	4	60	520	12	54
Minas Gerais	8	19	580	1463	338	480
Rio de Janeiro	12	25	1104	3386	743	637
São Paulo	30	57	2640	8196	1042	2314
Sul	23	54	1485	4429	782	1048
Paraná	7	21	345	1749	268	312
Rio G. do Sul	12	21	880	2026	395	559
Santa Catarina	4	12	260	654	119	177
Cento-Oeste	5	14	314	1072	153	333
Distrito Federal	1	3	56	212	30	60
Goiás	2	4	168	510	74	183
Mato Grosso	1	3	50	170	29	40
Mato G. do Sul	1	4	40	180	20	50

Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

A oferta de graduação em **odontologia** (Tabela 3) também apresenta uma distribuição bastante desigual, dessa forma, em 2001, apenas quatro estados do país concentravam 61,3% dos cursos: São Paulo (30%), Rio de Janeiro (12%), Minas Gerais (10%) e Paraná (9,3%). Em relação a novas instalações de cursos de odontologia no período estudado, as regiões Sudeste e Sul foram as mais beneficiadas: São Paulo (19), Rio de Janeiro (7), Paraná (5), Santa Catarina (5), Rio Grande do Sul (3) e Minas Gerais (3). O Norte, apesar de a capacidade instalada ser inferior às demais regiões, foi a que teve melhor PERFORMANCE, apresentando um crescimento bruto de 350%, aumentando de 2 para 9 cursos de odontologia. O Sul obteve 76,5% de acréscimo proporcional, alterando de 17 para 30 cursos. O Sudeste apresentou um índice de aumento de 60% para a graduação em odontologia, passando de 50 para 80 cursos, a maior cobertura do país. No Nordeste, o aumento foi de 57,1%, com a abertura de mais 8 cursos. O Centro-Oeste atingiu o menor crescimento se comparado com as demais regiões (50%), aumentando de 6 para 9 o número de cursos de odontologia.

Na oferta de vagas de graduação em odontologia, em 1995, nota-se que a região Sudeste concentra mais da metade (67,9%) das vagas do país. Em 2001, apesar de sua participação ter declinado quase 9 pontos (59,2%), continuou na posição de destaque com um aumento de quase 2.421 vagas, perfazendo uma oferta total de 8.093 vagas. Em segundo lugar no *ranking* de vagas, encontra-se a região Sul, ofertando, em 1995, 1.219 vagas (14,6% do total); em 2001, mesmo com um acréscimo de 1.237 vagas e uma participação maior (18%), manteve sua colocação.

Quanto ao Nordeste, quase duplicou sua oferta de vagas no período, passando de 978 (11,7%) para 1.787 (13,1%). O Centro-Oeste duplicou seu quantitativo de 332 (4%) para 722 vagas (5,3%). Se comparado com todas as regiões, o Norte apresentou o melhor desempenho proporcional do período, quadruplicando seu número de vagas, já que da oferta de 150 vagas (1,8%) passou a ofertar 614 (4,5%) em 2001.

Mesmo se constatando uma maior participação de outras regiões no total de vagas de graduação em odontologia e um leve declínio do Sudeste, ainda é muito difícil visualizar um quadro mais equitativo em curto prazo, tendo em vista a discrepância numérica de vagas existentes no Sudeste em relação às outras regiões. Há de se considerar também o ritmo de crescimento inter-regional, ou seja, a velocidade de expansão é muito mais intensa no Sudeste, fazendo com que exista um leque de oferta bem mais elevado, proporcionando sem dúvidas uma maior procura e uma intensa migração

para a região. Segundo dados disponíveis do CFO, há um movimento crescente de saída de profissionais de seus estados de origem para a região Sudeste, assim configurado: do Sul migram 12,5%; do Centro-Oeste, 51,6%; do Nordeste, 6,9% e do Norte, 28,7% (CFO, 2003).

Tabela 3 — Cursos, vagas e egressos da graduação em odontologia por regiões, segundo unidades federadas. Brasil, 1995-2001

Graduação	Odontologia					
	Cursos		Vagas		Egressos	
	1995	2001	1995	2001	1995	2001
Brasil	89	150	8351	13672	6741	7698
Norte	2	9	150	614	72	84
Acre	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0	0
Amazonas	1	5	60	334	31	31
Pará	1	2	90	170	41	53
Rondônia	0	1	0	60	0	0
Roraima	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	1	0	50	0	0
Nordeste	14	22	978	1787	765	894
Alagoas	1	2	60	180	41	60
Bahia	2	3	180	300	128	155
Ceará	2	2	180	190	92	169
Maranhão	1	3	48	245	41	34
Paraíba	2	2	130	140	124	123
Pernambuco	3	3	240	250	185	216
Piauí	1	3	40	190	47	42
Rio G. do Norte	1	2	60	152	68	58
Sergipe	1	2	40	140	39	37
Sudeste	50	80	5672	8093	4641	5109
Espírito Santo	1	2	60	130	70	60
Minas Gerais	12	15	1520	1640	1247	1180
Rio de Janeiro	11	18	964	1841	763	1179
São Paulo	26	45	3128	4482	2561	2690
Sul	17	30	1219	2456	957	1283
Paraná	9	14	576	1072	400	621
Rio G. do Sul	6	9	483	864	434	504
Santa Catarina	2	7	160	520	123	158
Centro-Oeste	6	9	332	722	306	328
Distrito Federal	2	3	100	212	95	105
Goiás	2	2	120	180	124	119
Mato Grosso	1	2	80	220	58	74
Mato G. do Sul	1	2	32	110	29	30

Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

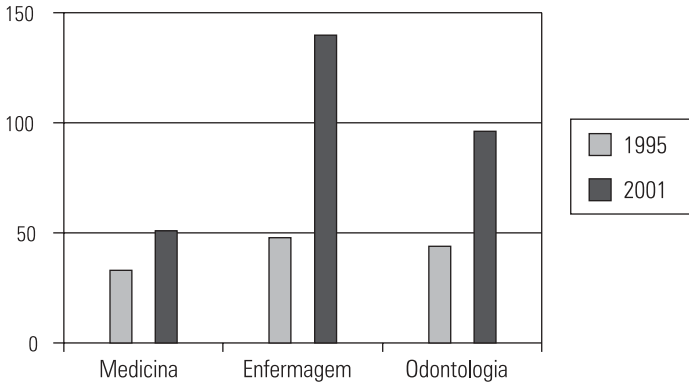
Como observado, a distribuição de cursos e de vagas retrata as desigualdades espaciais do ensino em medicina, enfermagem e odontologia. Pode-se dizer que a expansão dos cursos no Sudeste e no Sul obedeceu muito mais ao desenvolvimento econômico e ao poder de compra dessas regiões do que às reais necessidades de acesso ao ensino superior nas regiões desprovidas de infra-estrutura como o Norte e o Nordeste. Essa constatação indica a necessidade de políticas públicas educacionais que revertam em ampliação do número de cursos de medicina, enfermagem e odontologia, principalmente com dependência pública nas regiões menos favorecidas.

A privatização do ensino

A política para a educação superior na década de 1990 assumiu que o mercado econômico deveria desempenhar um papel central na criação de novos cursos e instituições. A satisfação da demanda por novas vagas no ensino superior tornou-se um princípio fundamental e propiciou ampla margem para o crescimento da rede privada. Essa ótica contrasta com a premissa da necessidade social do ensino. Assim, de 1995 a 2001, no Brasil, o crescimento absoluto e percentual dos cursos públicos foi menor do que os privados (Gráficos 1 e 2). O crescimento percentual dos cursos privados de medicina foi da ordem de 54,5% (de 33 para 51 cursos privados); na enfermagem foi de 191,7% (de 48 para 140 cursos privados); e na odontologia, esse crescimento foi de 123,3% (de 43 para 96 cursos privados).

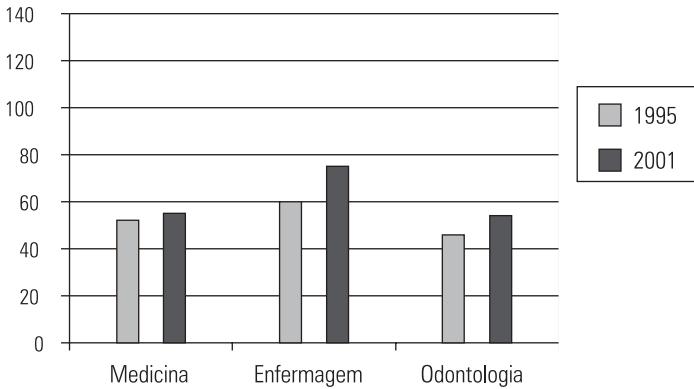
Vale destacar que esse crescimento se verifica primordialmente a partir de 1997, refletindo a flexibilização e a autonomia das instituições de ensino advindas da Lei nº 9.394 de Diretrizes e Bases de 1996. Dessa forma, do total da oferta de cursos dessas graduações em 2001, os cursos públicos e os privados na medicina representavam, respectivamente, 51,9% e 48,1%; na enfermagem, 34,9% de cursos públicos e 65,1% de cursos privados; e na odontologia, 36% de cursos públicos e 64% de cursos privados.

Gráfico 1 — Cursos privados de medicina, enfermagem e odontologia. Brasil, 1995 e 2001



Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Gráfico 2 — Cursos públicos de medicina, enfermagem e odontologia. Brasil, 1995 e 2001

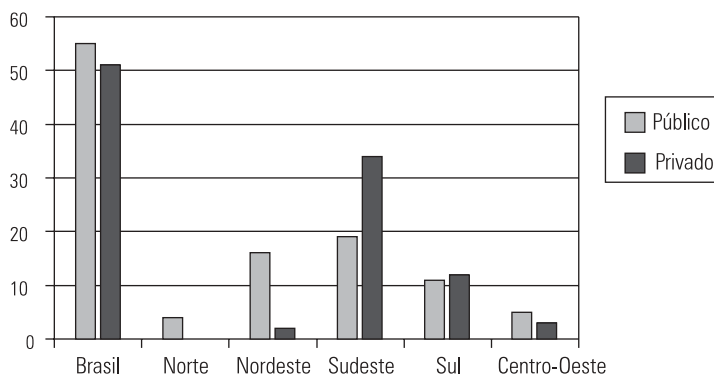


Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

O crescimento da rede privada da graduação em **medicina** no período espelha em 2001 a premissa mercadológica da educação superior (Gráfico 3). No Sudeste e no Sul, regiões mais desenvolvidas do país, houve crescimento praticamente só de cursos privados ao longo do período, com destaque para os Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina (no Sudeste, de 25 cursos privados em 1995 passa para 34 em 2001; e no Sul, de 7 para 12 cursos privados). No Centro-Oeste, houve a criação de 3 cursos privados (DF, MT, MS) em detrimento de apenas mais 1 curso público no Estado de Mato Grosso do Sul. Na região Nordeste, houve acréscimo de 4 cursos, 3 públicos e de apenas mais 1 curso privado no Estado do Ceará. A região Norte permaneceu

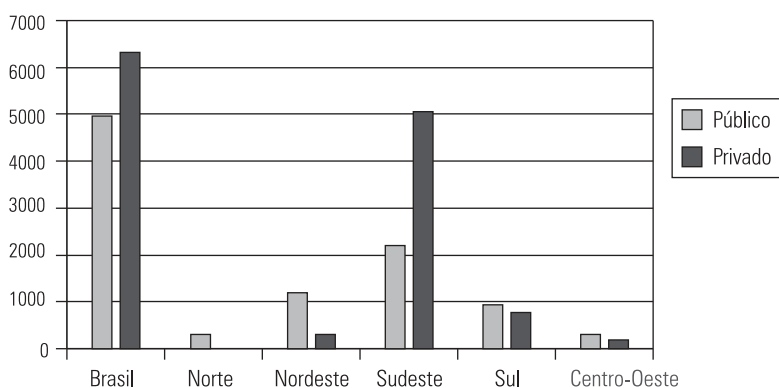
estável durante todo o período, com a oferta de 4 cursos públicos. Nessa mesma dinâmica, observa-se o crescimento das vagas para a graduação em medicina no período de 1995 a 2001 (Gráfico 4), ou seja, um crescimento de 86,1% de vagas privadas e de apenas 2,2% de vagas públicas no país. No Sudeste, os cursos privados em 2001 passaram a ofertar 44,9% do total geral de vagas no país, e ainda, 69,8% do total das vagas disponíveis na região. Mas, nas demais regiões, embora em algumas tenha havido crescimento de cursos privados, prevalece a maior disponibilidade de vagas públicas.

Gráfico 3 – Cursos de medicina por regiões segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001



Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Gráfico 4 – Vagas de medicina por regiões segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001

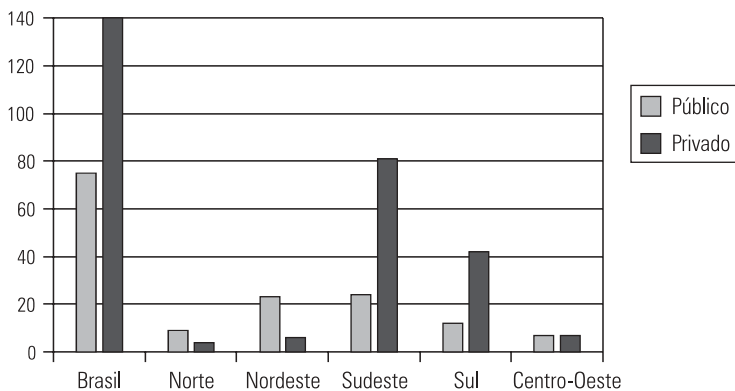


Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

A **enfermagem** exemplarmente reflete em 2001 o crescimento da privatização do seu ensino graduado (Gráfico 5), tendo em vista que a oferta de cursos privados no país passou de 44,4% em 1995 para 65,1% em 2001. A exemplo da medicina, esse crescimento deu-se primordialmente no Sudeste e no Sul. Do total dos cursos privados no país, essas regiões são responsáveis por 87,9% dessa oferta (57,9% no Sudeste e 30% no Sul). Em todos os estados dessas duas regiões, prevalecem os cursos privados em 2001. O Estado de São Paulo concentra a oferta do ensino privado tanto na região Sudeste como no país, ou seja, respectivamente oferta de 58% desses cursos na região e 33,6% dos cursos privados nacionais. E ainda, somente a rede privada de São Paulo representa 21,9% do total geral da oferta de cursos públicos e privados do país.

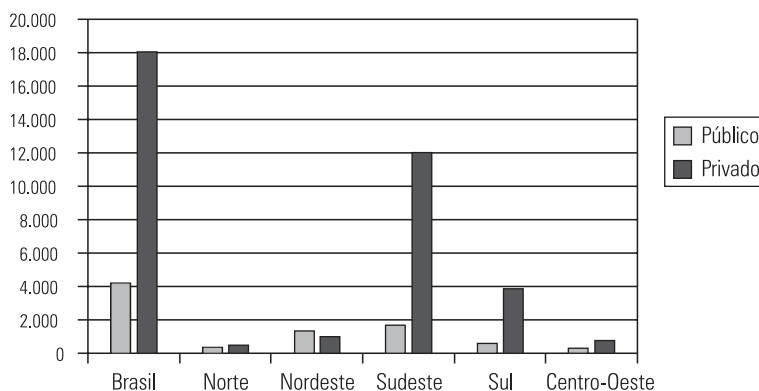
Os Estados do Rio de Janeiro, do Rio Grande do Sul, do Paraná, de Santa Catarina e de Minas Gerais são responsáveis por 52,1% da oferta de cursos privados nacionais, e, assim, as demais regiões, o Norte, o Nordeste, o Centro-Oeste e o Estado do Espírito Santo, pelo restante (14,3%) dessa oferta privada nacional. A tendência da privatização do ensino de graduação em enfermagem também pode ser representada pela participação das instituições públicas na oferta de vagas (Gráfico 6), que de 45,6% em 1995 passou para 18,9% em 2001, enquanto as instituições privadas passaram de 54,4% das vagas ofertadas para 81,1% nos respectivos anos.

Gráfico 5 — Cursos de enfermagem por regiões segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001



Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Gráfico 6 — Vagas de enfermagem por regiões segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001

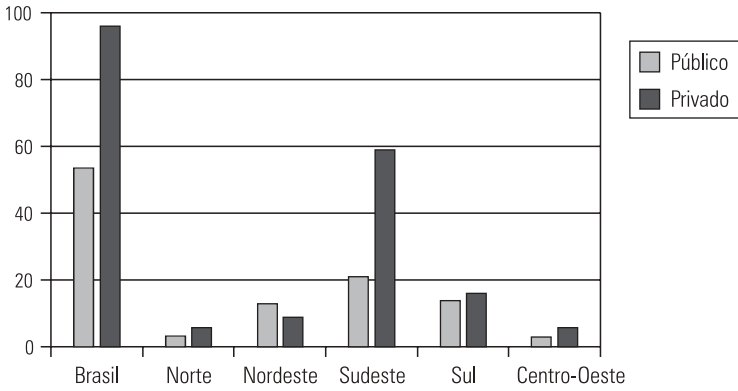


Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

A tendência de privatização também pode ser fortemente identificada na graduação em **odontologia** (Gráfico 7), que do total da oferta de cursos nacionais em 2001, como verificado, 64% são cursos privados. O Sudeste constitui a principal região concentradora dos cursos privados do país (61,5%), bem como do total dos cursos públicos (38,9%). O Estado de São Paulo também se destaca com a maior rede pública, entretanto mais ainda pela rede privada, a qual representa em 2001 35,4% da oferta nacional privada. Ainda em 2001, com menos da metade de São Paulo, o Estado do Rio de Janeiro oferta a segunda maior rede privada da graduação em odontologia, seguida dos Estados de Minas Gerais, Paraná, e Rio Grande do Sul.

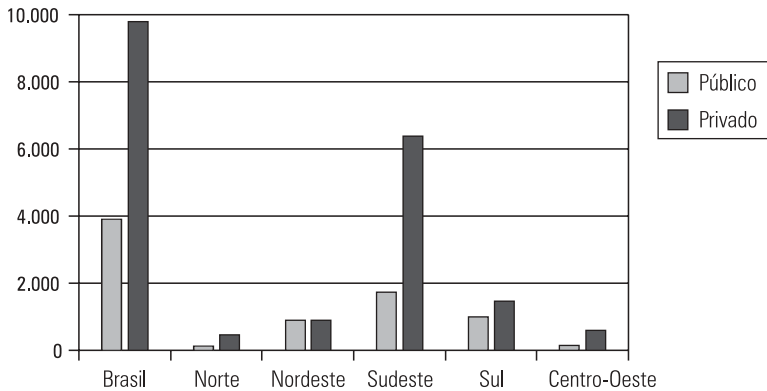
Assim, estes quatro últimos estados representam 40,6% do total da oferta dos cursos privados nacionais e, se somados aos de São Paulo, apenas esses cinco estados respondem por 76% da graduação privada de odontologia no país. As regiões Sul e Norte praticamente dividem suas ofertas, o que se dilui no Norte, considerando o quantitativo de seus estados em comparação com o Sul. Dessa forma, as regiões Sudeste, Sul e Nordeste ofertam 88,9% dos cursos públicos do país, com destaque claro para o Estado de São Paulo, e ainda, subsequente, para os Estados de Minas Gerais, Santa Catarina, Paraná, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, e em terceiro plano, para os Estados da Bahia, Paraíba, Pernambuco e Piauí. Coerente com os cursos, a oferta de vagas públicas e a maior oferta de vagas privadas estão concentrada no Sudeste (Gráfico 8), essencialmente no Estado de São Paulo, seguido do Rio de Janeiro; e as vagas públicas, também em São Paulo, seguido dos Estados de Minas Gerais, Santa Catarina e Paraná.

Gráfico 7 — Cursos de odontologia por regiões, segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001



Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Gráfico 8 — Vagas de odontologia por regiões segundo entidade mantenedora. Brasil, 2001



Fonte: Inep/ME, adaptado pela Rorehs em 2004.

Importante é ressaltar a grande concentração tanto pública quanto privada da oferta de cursos e vagas das três graduações em basicamente duas regiões, o Sudeste e o Sul, e ainda a concentração dessa concentração, ou seja, principalmente no Estado de São Paulo seguido dos outros estados das duas regiões, com exceção do Espírito Santo. Entretanto, faz-se necessário revistar algumas facilidades criadas nas décadas de 1970 e 1980 que prenunciavam possibilidades de privatização do ensino universitário.

A primeira grande decisão do governo federal foi a criação em 1976 do programa Crédito Educativo (Creduc), incentivando a criação de novas vagas no ensino superior na medida em que órgãos governamentais iniciaram a implementação de políticas de pagamento às instituições privadas com o compromisso de os alunos restituírem o Estado após a formatura. No que se refere ao sistema de educação superior, nos anos 1980, emergiu a necessidade de redefinição da política educacional, e como forma de conter gastos em curto prazo, ocorreu a suspensão temporária da criação de novos cursos de graduação pelas instituições federais por meio do Decreto nº 86.000/1981 (Lima e Baptista, 2002). Todavia, o setor privado continuou com liberdade para expandir sua rede de cursos de nível superior, sendo predominante nas décadas subseqüentes a lógica do ensino em instituições do tipo empresarial, reforçando as críticas à política recessiva do Estado.

Revela-se, ainda, tendência de modificação na configuração do ensino universitário privado, proliferando institutos isolados para posterior aglutinação em forma de federações a partir de autorização e reconhecimento do Conselho Federal de Educação. Esses novos institutos, mesmo sem o status e a autonomia de universidade, começaram a atrair mercado (Sampaio apud Lima e Baptista, 2002). No início dos anos 1990, o movimento do setor privado é o de transformar as federações criadas em universidades particulares.

Um momento importante no sistema educacional que teria grande repercussão na criação de novos cursos, como já referenciado, foi a promulgação da LDB, que apresentou modificações fundamentais a respeito da flexibilização e da autonomia pedagógica, administrativa e de gestão financeira das instituições de ensino, e outras, como a substituição do currículo mínimo por diretrizes curriculares por curso e a não-obrigatoriedade do vestibular para ingresso no ensino universitário.

Ao refletirmos sobre os conteúdos da lei, certamente encontraremos avanços e pontos polêmicos. A abertura proposta em lei possibilita que cada instituição de ensino superior possa utilizar as novas diretrizes conforme sua ótica, o que poderá produzir benefícios para a sociedade ou para grupos empresariais da educação (Magalhães, 2000).

Ainda, dois tópicos importantes merecem ser analisados quando estudamos os facilitadores da privatização do ensino a partir da LDB. O primeiro é a admissão formal de instituições educacionais com fins lucrativos por meio do Decreto nº 2.306 de 19.8.97 no seu artigo 1º, que estabelece a liberdade quanto à forma de organização das entidades mantenedoras privadas de ensino superior, regulando suas condições de funcionamento. O segundo

tópico refere-se à classificação acadêmica de Centro Universitário, definindo-o no artigo 4º como centro de ensino superior caracterizado pela excelência do ensino oferecido e comprovada pela qualificação do seu corpo docente, mas sem exigência de desenvolvimento de pesquisa (Lima e Baptista, 2002). A exemplo, em 1998, as escolas públicas retinham 28,1% de doutores contra 9,3% em escolas privadas (Folha de S. Paulo, 2003).

Mudanças em processo

Embora tenha sido observado que no país existe uma oferta substancial de egressos das três graduações, o que se identifica é uma desproporção do quantitativo de profissionais por habitante nas diferentes regiões, bem como uma concentração nos grandes centros urbanos. Esses fatos consistem em uma questão relevante para a formação desses profissionais, porque, aliada à proliferação de escolas, primordialmente privadas, e à massificação do ensino, verifica-se uma queda na qualidade do ensino: nem sempre as escolas criadas apresentam capacidade técnica e instalações adequadas às necessidades dessas formações, que exigem importantes laboratórios, tecnologia e infra-estrutura. Têm sido buscados mecanismos de regulação para a abertura de novos cursos, aproximando-se critérios de qualidade e de regionalização. Dois tipos de projetos já tramitaram na Câmara dos Deputados, procurando criar formas de controle para a abertura de cursos de medicina no Brasil: um deles atribuindo ao Conselho Nacional de Medicina e ao Conselho Nacional de Odontologia o parecer final, a ser submetido ao Ministro da Educação, quando da solicitação de abertura de novos cursos; o outro, proibindo a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes nos próximos dez anos.

Por sua vez, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Departamento de Gestão e da Educação na Saúde, assumindo o papel "definido na legislação de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil" (Brasil, 2003), propôs a constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, visando estabelecer um espaço de integração interinstitucional para a proposição de alternativas de integração universidade-serviços, visando ao ordenamento da formação e ao desenvolvimento permanente dos trabalhadores da saúde.

Em 2003, o ministro da Saúde, em atendimento à Resolução do CNS nº 324/03, publica uma resolução que suspende por 180 dias a criação de novos cursos superiores na área da saúde, incluindo os processos de solicitação de abertura de novos cursos em andamento. Em março de 2004, o ministro da Educação prorroga por mais sessenta dias essa decisão, também em atendimento a uma outra Resolução, a de nº 336/04 do CNS, e ainda baseado na solicitação de oito entidades da área médica no Brasil, entre elas o CFM.

Os Ministérios da Saúde e da Educação vêm trabalhando na perspectiva de construção de critérios para abertura de novos cursos de graduação para a área da saúde, que envolvem a abrangência de atuação conjunta saúde e educação no credenciamento desses cursos (atualmente somente para medicina, odontologia e psicologia), definição de um papel regulador do Estado, regionalização, ampliação da rede pública de ensino e inovação das propostas pedagógicas e orientação do curso (Brasil, 2004b).

Recentemente, em 19 de agosto de 2004, o Ministério da Educação publica no Diário Oficial da União, a Portaria nº 2.477, a qual tem a finalidade de apresentar um marco regulatório que oriente as autorizações dos cursos superiores com o objetivo de defender e expandir o ensino público e organizar o ensino privado garantindo a qualidade dos cursos implantados. Entendida a ordenação do ensino como uma função do Estado, esta portaria, quando em vigor, determina que os cursos de graduação só serão autorizados quando o número de vagas solicitadas corresponder à infra-estrutura apresentada pela instituição, e seriam deferidos somente os pedidos de autorização que caracterizem interesse público.

Ainda em agosto de 2004, a Secretaria de Educação Superior estava finalizando uma classificação para as solicitações de autorização de novos cursos, com critérios definidos, que leva em conta critérios tais como: pobreza, percentual de jovens, alfabetização, escolaridade, emprego formal, regionalização, violência, desigualdade e exclusão social. A Portaria nº 2.477 tem caráter temporário enquanto o projeto de reforma universitária permanecer no período de tramitação sendo previsto para novembro de 2004 o encaminhamento da Lei Orgânica da Reforma da Educação Superior ao Congresso Nacional. Tais iniciativas apontam a construção de processos regulatórios que podem reverter de fato as tendências observadas, que caracterizam o sistema de ensino no país como desordenado, desigual e privatizado.

Referências bibliográficas

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Disponível em <http://abem-educmed.org.br/paginasregionais>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a educação permanente em saúde. Pólos de educação permanente em saúde.* Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROJETO SAÚDE BUCAL. *Condições de saúde bucal da população brasileira -2002-2003: resultados principais.* Documento de trabalho, Brasília, 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Discussão sobre a política de abertura de cursos de graduação da área da saúde no Brasil, necessidade de regulação pelo Estado e correspondência ao interesse público.* Nota Técnica. Brasília, agosto de 2004 (mimeo.), 2004b.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Perfil do cirurgião-dentista no Brasil.* Relatório de pesquisa do Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas - Inbrape, abril de 2003.

FACULDADES públicas lideram em "docentes-doutores". *Folha de S. Paulo*, 18 de outubro, 2003. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u14011.shtml>. Acessado em 12 de março de 2004.

LIMA, Thaísa Góis F. de M. S.; BAPTISTA, Suely de Souza. Do público ao privado: a situação dos cursos superiores privados de enfermagem no Estado do Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery R. Enferm.* Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 359-374, dez. 2002.

MAGALHÃES, Ligia Maria Thomaisino. *O ensino superior em enfermagem e o desafio da mudança: os referenciais de um novo processo de formação.* São Paulo, 2000. 108 p. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PIERANTONI, Célia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 6, n. 2, p. 341-360. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

PIERANTONI, Célia Regina; FRANÇA, Tânia; VARELLA, Thereza Christina. Evolução da oferta de médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. In: SANTOS NETO, Pedro Miguel; COSTA, Péricles Silveira (Orgs.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 279-292.

MISHIMA, Silvana Martins; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; UNGARI, Iara Carneiro; SILVA, Eliete Maria. Recursos humanos na implantação das ações integradas de saúde no município de Ribeirão Preto - visão da equipe de enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 6, n. 1, p. 40-49, 1990.

MISHIMA, Silvana Martins et. al. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil - Cipesec - apresentando o cenário de pesquisa do município de Ribeirão Preto - São Paulo. In: CHIANCA, Tânia Couto; ANTUNES, Maria José Moraes (Orgs.). *A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil - Cipesec*. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999.

TANAKA, Oswaldo Y. et al. A municipalização dos serviços de saúde no Estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, n. 33, p. 73-79, 1991.

Educação profissional em saúde: uma análise a partir do censo escolar 2002¹

Júlio César França Lima, Luciane Velasque, Mônica Vieira,

Renata Reis, Rita Elisabeth da Rocha Sório e Valdemar de Almeida Rodrigues

Apresentação

O presente estudo foi planejado a partir da demanda da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, por meio da Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Rorehs). O objetivo geral foi subsidiar as discussões então travadas durante a 12a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em dezembro de 2003, bem como as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formulação e a implementação de políticas de formação em saúde.

Coordenado pela Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, este estudo, realizado em parceria com o Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília, tem como objetivo específico analisar o sistema formador da educação profissional técnica de nível médio em saúde no país a partir do Censo Escolar de 2002.

Este estudo, portanto, é de natureza quantitativa, considerando os estabelecimentos de ensino, os cursos oferecidos e os alunos matriculados e concluintes. As instituições são apresentadas segundo o vínculo institucional – público e privado. Os cursos são organizados por subáreas de formação do setor saúde, tendo como parâmetro os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (Brasil/MEC, 2000), sendo os alunos distribuídos segundo o sexo, o turno escolar e a faixa etária.

O Censo Escolar é uma base de dados que agrega informações estatístico-educacionais de âmbito nacional, abrangendo a educação básica em seus diferentes níveis: educação infantil, ensino fundamental e ensino médio.

¹ Este artigo foi elaborado a partir do relatório final da pesquisa *Tendências e situação atual da oferta do sistema educativo na área da saúde*, que compreendeu a análise da formação graduada em saúde e dos programas de residência médica e aprimoramento profissional no Estado de São Paulo. A análise detalhada da educação profissional técnica em saúde compõe o volume 6, de junho de 2004.

A partir de 2001, passou a levantar e a incorporar também dados relativos à educação profissional técnica em todas as grandes áreas – agropecuária e pesca, indústria, comércio e serviços. Esse levantamento, realizado anualmente, é um dos principais componentes do sistema de informações da educação brasileira.

Aspectos metodológicos

Como já ressaltamos em trabalhos anteriores (Lima et al., 2002 e 2003), a análise dos dados da educação profissional técnica² deve ser realizada com cuidado, pois, atualmente, essa fonte de informação ainda é um instrumento precário para um diagnóstico acurado da realidade, em razão da baixa cobertura alcançada até o momento e da própria estrutura do instrumento de coleta de dados utilizado pelo Censo Escolar. No primeiro caso, foi possível constatar a partir da comparação com o cadastro de estabelecimentos de ensino que oferecem cursos na subárea de enfermagem, disponível no Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que o Censo Escolar de 2001 expressava muito mais a realidade dos estabelecimentos com cursos de técnico de enfermagem do que daqueles com cursos de auxiliar de enfermagem, uma vez que os primeiros se encontram três vezes mais representados do que os últimos na base de dados do Censo. Infelizmente, tornou-se inviável a ampliação dessa análise para o conjunto das subáreas de formação técnica em saúde, decorrente da ausência de um cadastro de estabelecimentos das outras subáreas que sirvam de referência. Em outras palavras, é impossível calcular a cobertura do Censo da Educação Profissional Técnica para o conjunto das subáreas de formação em saúde, pois o total de escolas que oferece essa modalidade de ensino é desconhecido.

Quanto ao instrumento de coleta, cabe lembrar também alguns limites detectados naquele estudo que permanecem, tais como: os dados continuam não permitindo configurações de níveis de desagregação suficientes para que as instalações físicas dos estabelecimentos de ensino de educação profissional técnica em saúde possam ser discriminadas, o mesmo ocorrendo em relação ao corpo docente. É possível caracterizar um determinado conjunto de instituições, mas não é possível verificar, com exatidão, quais os cursos de saúde utilizados em determinadas instalações e nem tampouco discriminar

² A partir de julho de 2004, o Decreto nº 5.154/04 revoga o Decreto nº 2.208/97 e passa a regulamentar a educação profissional no Brasil, organizando-a em quatro modalidades: formação inicial e continuada de trabalhadores, habilitação técnica de nível médio, graduação tecnológica e pós-graduação tecnológica. A base de dados do Censo do Ensino Superior agrega as informações dos cursos tecnológicos.

o quantitativo de professores dedicados a diferentes cursos porventura oferecidos pelas instituições. Em outras palavras, a partir dessa base de dados não é possível caracterizar o número de professores por grandes áreas de atuação (agropecuária e pesca, indústria, comércio e serviços) ou por subárea da saúde (enfermagem, farmácia, etc.), bem como o nível de escolaridade do corpo docente. Além disso, não há informações sobre o número de vagas oferecidas à população, somente o número de alunos matriculados, o que impede uma análise mais apurada da oferta de cursos técnicos de maneira geral e, no nosso caso, na área de saúde; não há uma classificação prévia dos cursos técnicos oferecidos por subáreas de formação, e o formulário não permite identificar previamente a modalidade do curso oferecido, isto é, se auxiliar, técnico ou de especialização técnica.

No presente estudo, a agregação dos cursos por subárea de formação foi feita com base nas doze subáreas que compõem o setor, segundo os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (Brasil/MEC, 2000).³ No entanto, além dessas optamos por agregar também as subáreas de gestão em saúde, tradicionalmente oferecidas pelo setor com habilitações reconhecidas pelo MEC desde a década de 1970, de terapias alternativas, com o objetivo de acompanhar novos tipos de cursos do sistema formador em saúde em vias de crescimento, consoante com a abertura de novos nichos de mercado de trabalho, além de criar a categoria "outros". Sendo assim, definimos quinze subáreas de formação em saúde. Por outro lado, os cursos foram classificados como técnico, auxiliar e especialização, segundo modalidades que apareciam no nome do curso. Os cursos que não traziam no nome a modalidade foram classificados como ignorados.

Análise da educação profissional em saúde

a) A grande concentração regional e o caráter privado do ensino técnico em saúde

No ano de 2002, o Censo Escolar contabilizou no país, 995 estabelecimentos de ensino que oferecem 1.473 cursos de educação profissional técnica em saúde, podendo uma mesma instituição oferecer cursos de diferentes subáreas de formação. Esses estabelecimentos e cursos, na sua maioria, estão localizados na região Sudeste e, se considerarmos o eixo Sudeste-Sul,

³ As doze subáreas são: biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, hemoterapia, nutrição e dietética, radiologia e diagnóstico de imagem, reabilitação, saúde bucal, saúde visual, segurança do trabalho, vigilância sanitária.

observamos que aí se concentrava mais de 80% da capacidade instalada e da oferta de cursos técnicos, públicos e privados. Esse percentual chega a 96% se considerarmos os estabelecimentos e os cursos do setor público municipal dessas duas regiões, com destaque para o Sudeste. A região com menor capacidade instalada e oferta de cursos é a região Norte (2,51% e 2,38%, respectivamente), seguida da Centro-Oeste (5,13% e 4,48%, respectivamente), e depois a Nordeste (8,64% e 7,26%, respectivamente).

Além disso, podemos levantar a hipótese, a ser confirmada com séries históricas mais longas, de que o setor privado de ensino, mais que o setor público, tende a uma concentração maior nas regiões brasileiras mais desenvolvidas, como a Sudeste e a Sul, em detrimento das outras regiões, tal qual verificado no Censo Escolar 2001. Naquele ano, os dados apontavam para uma distribuição mais equilibrada de estabelecimentos e cursos do setor público entre as diversas regiões, o que não se verifica em 2002.

Essa concentração na região Sudeste pode ser explicada quando relacionamos esses dados ao desenvolvimento do mercado de trabalho em saúde. Em 1999, essa região detinha 50,6% (ou 696.390) dos 1.375.238 empregos de saúde no país, e em 2002, 48,2% (ou 771.527) dos 1.600.716 postos de trabalho (Vieira, et al., 2003). Agrega-se a isso o fato de que nessa região se situa também o maior número de estabelecimentos de saúde existentes.

Apesar da crítica que fizemos anteriormente a essa base de dados, principalmente em razão de não sabermos a cobertura de escolas que ela abrange, a concentração de estabelecimentos e cursos de educação profissional em saúde na região Sudeste parece ser coerente com a realidade, pois segue a mesma tendência verificada nos cursos de graduação em saúde (Vieira et al., 2004). Além disso, os resultados de 2002 confirmam os resultados de 2001 em relação à concentração no Sudeste e à distribuição de estabelecimentos e cursos entre as regiões brasileiras. Mas o levantamento revela também que no Sudeste é o Estado de São Paulo que detém a maior capacidade instalada no país, superando os Estados do Rio de Janeiro, de Minas Gerais e do Espírito Santo juntos. Esse estado concentra quase a metade (45,93%) dos estabelecimentos de ensino técnico em saúde, seguido do Estado de Minas Gerais, com 12,86%. Além disso, cabe destacar que, de todos os estados da federação, é o que detém o maior número de estabelecimentos de ensino da rede própria do SUS, com seis estabelecimentos estaduais e um municipal, localizado no município de São Paulo. No país, existem atualmente

28 Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (Etsus) em funcionamento, localizadas em dezoito estados brasileiros, que, em sua maioria, estão vinculadas às secretarias estaduais de saúde. Do total de Etsus, 25 pertencem às esferas estaduais, duas às municipais e apenas uma à esfera federal.⁴

Quando analisamos os dados segundo a dependência administrativa, observamos que 79,50% (791) dos estabelecimentos e 81,40% (1.199) dos cursos técnicos são vinculados e ofertados pela iniciativa privada. Nas regiões Norte e Sul, o número de estabelecimentos privados chega a representar 84% em média da capacidade instalada, enquanto o Nordeste abarca 72% da rede de estabelecimentos que respondeu ao Censo. Esses dados indicam a forte presença do setor privado na área do ensino técnico em saúde, sendo responsável também pela oferta de maior número de cursos em todas as regiões brasileiras.

No setor público, a esfera estadual é a principal prestadora de serviços educacionais de cursos técnicos em saúde. Se considerarmos o total de estabelecimentos do setor público (204), vemos que a esfera estadual detém 69% da capacidade instalada no país, só superados pela esfera federal nas regiões Norte e Nordeste. Da mesma forma, é responsável por 67% do total de cursos (274) oferecidos pelo setor.

Chama a atenção a baixa participação dos municípios nessa modalidade de ensino em todas as regiões brasileiras, dado bastante distinto da realidade dos estabelecimentos de saúde que estão majoritariamente localizados nessa esfera administrativa, conseqüência do processo de descentralização ocorrido nos anos 1990. Segundo o Censo Escolar 2002, apenas em seis estados brasileiros existe oferta de cursos técnicos em saúde nesse âmbito de governo (BA, MG, RJ, SP, PR, SC).

Talvez isso se explique pelo fato de que cabe aos municípios brasileiros assegurar e oferecer a educação infantil em creches e pré-escolas, e, prioritariamente, o ensino fundamental. Porém, isso não impede a atuação dessa esfera pública na oferta do ensino técnico, assim como do ensino médio, pois os municípios podem constituir seus próprios sistemas de ensino abrangendo essas modalidades de educação escolar, desde que atendidas as necessidades de sua área de competência, que é a educação infantil e o ensino fundamental, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

⁴ A região Norte conta com Etsus nos Estados do Acre (1) e Tocantins (1). Na região Nordeste, nos Estados de Alagoas (1), Bahia (1), Ceará (1), Paraíba (1), Pernambuco (1) e Rio Grande do Norte (1). Na região Centro-Oeste, nos Estados de Goiás (1), Mato Grosso (1), Mato Grosso do Sul (1) e no Distrito Federal (1). Na região Sul, nos Estados do Paraná (1) e Santa Catarina (2). Na região Sudeste, nos Estados do Espírito Santo (1), Minas Gerais (3), Rio de Janeiro (2) e São Paulo (7). O número de escolas existentes em cada estado encontra-se entre parênteses.

(Lei nº 9.394/96, art.11, inciso V; art.18, inciso I) e parecer CNE/CEB 34, de 07/08/2002.

Uma outra hipótese para a fraca presença da educação profissional a cargo dos municípios brasileiros pode ser a baixa tradição municipal em promover projetos e programas de desenvolvimento regional, papel historicamente vinculado aos níveis federal e estadual e que, em geral, propiciaram a implantação de escolas e/ou centros públicos de educação profissional no passado. A exigência de manter laboratórios e tecnologias atualizadas torna a educação profissional um investimento de maior prazo, necessário para sua sustentabilidade, o que em geral não está acessível à média dos municípios brasileiros, a não ser àqueles que se destacam por se constituírem em pólos de alguma fatia do setor produtivo.

b) A concentração de cursos técnicos na subárea de enfermagem

O Censo Escolar 2002, assim como o de 2001, aponta que os cursos técnicos em saúde mais ofertados pelas instituições escolares são da subárea de enfermagem, que inclui auxiliares e técnicos de enfermagem em todas as grandes regiões. No Brasil, eles representam 55,53% (818) de todos os cursos, sendo a região Sudeste a que apresenta o menor percentual de cursos de enfermagem (52,43%), talvez porque aí exista uma maior diversidade de cursos técnicos, enquanto na região Nordeste a subárea de enfermagem representa 73,83% de todos os cursos, quando comparada às demais subáreas.

A subárea que aparece em segundo lugar com relação ao percentual de cursos no Brasil é a de segurança do trabalho (11,95%), seguida de saúde bucal (8,15%), biodiagnóstico (6,65%) e radiologia e diagnóstico por imagem (5,50%), resultado idêntico ao encontrado no levantamento do Censo 2001 e um padrão nacional bastante influenciado pelo padrão da região Sudeste, dada a concentração de cursos nessa região.

A grande proporção de cursos técnicos de enfermagem já era esperada, pelo fato de essa categoria constituir o maior contingente de trabalhadores técnicos dentro da estrutura ocupacional do setor saúde. A análise da distribuição de postos de trabalho de nível técnico e auxiliar nos estabelecimentos de saúde abrangidos pelas pesquisas AMS-IBGE de 1999 e 2002 aponta para a predominância da subárea de enfermagem, que concentra 74,6% dos postos de trabalho em 1999 e 75,3% em 2002 (Vieira et al., 2003). Nenhuma das outras ocupações de nível técnico e auxiliar alcançam a faixa dos 10%, e os dados indicam que a demanda por cursos de técnicos de

enfermagem tende a aumentar, uma vez que nesse período esse posto de trabalho cresceu a uma participação de 29,6%, enquanto o dos auxiliares de enfermagem cresce apenas a uma taxa de 6,5%.

Em outras palavras, o grande contingente de auxiliares de enfermagem, que atualmente representa a maior parcela da força de trabalho nessa área, parece estar buscando concluir o ensino médio e realizar a complementação da sua trajetória profissional com o curso de técnico de enfermagem, possivelmente por exigência do mercado de trabalho em saúde, sem que isso signifique necessariamente ascensão na escala salarial. Isso pressupõe, a curto e a médio prazos, a ampliação da oferta de cursos de complementação profissional nessa área.

O Sudeste destaca-se do conjunto das grandes regiões, pois é a única no país, segundo o Censo 2002, que tem oferta de cursos em todas as quinze subáreas em análise. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, os estabelecimentos ofertam cursos somente em sete subáreas.

Os cursos das subáreas de biodiagnóstico, enfermagem, farmácia, nutrição e dietética, saúde bucal e segurança do trabalho são os únicos oferecidos em todas as grandes regiões. Entretanto, a oferta desses cursos, como dos outros, está concentrada basicamente na região Sudeste, sendo a única região, por exemplo, que tem cursos na área de terapias alternativas. Chama a atenção o fato de que não apareça oferta de cursos da subárea de hemoterapia em nenhuma região brasileira, o que não ocorreu em 2001, quando o Censo registrou a existência de três cursos no país, localizados nas regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste, além do número reduzido de cursos nas subáreas de vigilância sanitária e gestão. Trabalhamos com a hipótese de que antes de significar ausência de oferta de cursos, esses dados indicam ausência de registro ou de participação de estabelecimentos no Censo Escolar.

De todo modo, com pequenas variações, o conjunto das regiões segue a mesma ordem de oferta, indicando possivelmente as prioridades conferidas pelo sistema formador *vis-à-vis* às demandas do mercado setorial. Nesse sentido, cabe ressaltar que a prioridade do setor público não é necessariamente a mesma do setor privado. Os dados levantados indicam que na subárea de saúde bucal, por exemplo, privilegia-se a formação de técnicos em prótese dentária e não de higiene dental, prioritário para o setor público, considerando a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar as ações a ela relacionadas por intermédio do Programa Saúde da Família.

Segundo o Censo 2002, apenas o setor privado oferece cursos nas subáreas de estética, reabilitação, saúde visual e terapias alternativas. Por outro lado, é apenas o setor público que oferece cursos na área de vigilância sanitária e a maioria dos cursos da área de gestão.

No levantamento da distribuição de cursos, segundo a modalidade declarada pela escola, observa-se que a maioria dos cursos é de nível técnico (77,05%) ou aqueles que exigem a conclusão do ensino médio. A única subárea que define cursos de especialização técnica, apesar de numericamente inexpressivo, é a de enfermagem, sendo a maioria de enfermagem do trabalho, com apenas um curso de centro cirúrgico e geronto-geriatria, respectivamente. Nesse caso, em particular, cabe esclarecer que apesar de o Cofen reconhecer a especialização técnica do profissional de enfermagem de nível médio, atendidos os pré-requisitos mínimos de escolaridade, conteúdos e carga horária, não define as especialidades nesse nível de ensino (Resolução Cofen nº 226/2000). O título de especialista em enfermagem do trabalho e em outros ramos da atenção à saúde é de competência exclusiva do enfermeiro de nível superior (Resolução Cofen nº 260/2001), sendo reservado aos técnicos e aos auxiliares de enfermagem o título de "qualificação em nível médio de enfermagem do trabalho" (Resolução Cofen nº 238/2000).

Além da enfermagem, as únicas subáreas que declararam cursos de auxiliares são: biodiagnóstico, farmácia, saúde bucal e segurança do trabalho. Parece-nos que, até o momento, a enfermagem é a única subárea que definiu a qualificação de auxiliar de enfermagem como parte da trajetória profissional do técnico de enfermagem, exigindo para isso a conclusão do ensino médio e a complementação de carga horária para a obtenção do diploma de técnico de enfermagem.

Observa-se também um grande número de cursos indefinidos ou ignorados nas subáreas de vigilância sanitária (87,50%), gestão (83,33%) e outros (52,17%), indicando que o preenchimento da informação provavelmente foi prejudicado pela inexistência, no formulário do Censo, de uma classificação prévia do tipo de curso. Na subárea terapias alternativas, um nicho de trabalho que tende a se desenvolver na área de saúde, todos os cursos são definidos como de nível técnico. Para o Cofen, os cursos dessa subárea podem ser considerados uma especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem, pois essas práticas (acupuntura, iridologia, fitoterapia, reflexologia, quiropraxia, massoterapia, dentre outras), segundo o Conselho, não são vinculadas a qualquer categoria profissional. Exige, para o registro profissional, que o egresso tenha concluído o curso em

instituição reconhecida com carga horária mínima de 360 horas (Resolução Cofen nº 197/1997).

c) Situação dos alunos

Em 2002, o Censo Escolar identificou 151.281 alunos matriculados em cursos de educação profissional técnica de nível médio em saúde. Uma análise dessas matrículas por região e dependência administrativa parece indicar a mesma tendência de concentração espacial-geográfica verificada anteriormente para os cursos e os estabelecimentos. As matrículas da região Sudeste (95.554) correspondem a 63,16% do total de matrículas de cursos técnicos em saúde, que, quando somadas às 21.344 da região Sul, perfazem um total de 116.888 matrículas, significando que juntas as duas regiões detêm 77,27% de todas as matrículas de ensino técnico em saúde no país.

Apesar dos esforços empreendidos nos últimos anos com a criação de políticas voltadas para a expansão da educação profissional em saúde no país, observa-se que a concentração no eixo Sul-Sudeste ainda predomina, o que aponta para a necessidade de maiores investimentos públicos, principalmente na região Norte, mas também no Centro-Oeste e no Nordeste.

O levantamento das matrículas por dependência administrativa revela que 118.835 ou 78,55% de todas as matrículas no país são oriundas de instituições privadas, indicando baixa oferta pública, ao mesmo tempo que possível barreira socioeconômica no acesso aos cursos privados. Sob este último aspecto, se considerarmos a relação entre o total de cursos e de alunos matriculados, observamos que existem em média 118 alunos por curso nas instituições públicas e 99 alunos por curso nas instituições privadas. Ou seja, apesar de, em termos absolutos, o setor privado oferecer um maior número de cursos e ter um maior número de alunos matriculados, em termos relativos o setor público detém um número elevado de alunos matriculados no país, particularmente nas regiões Nordeste e Sudeste. Isso indica que a procura por cursos públicos é maior e que, possivelmente, existe demanda reprimida, principalmente nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste.

Do total de 32.446 matrículas do setor público, 25.116 ou 77,4% estavam vinculadas à esfera estadual de ensino. A única exceção ocorre na região Norte, onde a maior parte das matrículas no ano de 2002 pertencia a instituições federais.

As matrículas por subáreas de formação

A distribuição de alunos matriculados em cursos técnicos pelas quinze subáreas de formação também guarda coerência com a análise de oferta de cursos. Entre as 151.281 matrículas captadas pelo Censo 2002, 105.915 ou 70,01% se relacionavam com a área de enfermagem. As demais catorze subáreas dividem os 30% restantes de matrículas com percentuais infinitamente menores. Por ordem decrescente, a situação das matrículas no país, entre as cinco primeiras subáreas após a enfermagem, encontra-se distribuída da seguinte forma: segurança do trabalho (10.499 ou 6,94%), radiologia e diagnóstico por imagem (9.539 ou 6,31%), biodiagnóstico (7.076 ou 4,68%), saúde bucal (5.678 ou 3,75%) e nutrição e dietética (5.416 ou 3,58%).

Essa abundância de matrículas na subárea de enfermagem, embora guarde coerência com o mercado de trabalho em saúde (Lima et al., 2002), também pode significar uma série de outras questões que precisam ser mais bem analisadas, como formato de abertura de cursos, disponibilidade de professores, incentivo à profissionalização desses trabalhadores para técnicos de enfermagem, com conseqüente elevação da escolaridade, como sinalizamos anteriormente. Melhor análise poderia ser obtida fazendo-se um estudo de segmento com análises de séries históricas por curso para observar tendência e estabilidade de vagas, uma informação que não está disponível no Censo da Educação Profissional. Até o momento, só há informação sobre o número de matrículas por escola. Por outro lado, é preciso mencionar que o modelo de atenção à saúde buscado com o SUS pressupõe o inverso, isto é, uma abordagem multidisciplinar, o que exige a presença de um leque maior de profissionais atuando no interior dos serviços e nas comunidades. Nesse sentido, há uma disjuntiva facilmente observável entre as políticas de saúde e as de educação/formação, como, por exemplo, na subárea de saúde bucal, em que parece haver baixa oferta de cursos de técnicos de higiene dental e atendente de consultório dentário, diante das políticas em curso nessa área, com a ampliação das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família.

A relação de gênero presente na formação em saúde

Mantendo-se a tendência histórica já conhecida e indicada por diversos trabalhos, o interesse por cursos na área de saúde é expressivamente maior entre mulheres que entre homens. O Censo de 2002 confirma essa informação, pois 78,08% das matrículas foram preenchidas por mulheres. Em cursos das

subáreas de estética e nutrição e dietética, a presença de mulheres ultrapassa a faixa dos 90% (98,6% e 94,81%, respectivamente). A única subárea que apresenta maior número de matrículas preenchidas pelo sexo masculino é a de segurança do trabalho, em que esse percentual corresponde a 65,50% do total da subárea, vindo a seguir saúde visual, com 58,23%.

No entanto, a despeito do fenômeno da "feminização" na saúde, é possível observar um maior número de homens na área. Analisando-se as matrículas da subárea enfermagem, o fenômeno parece estar sendo modificado paulatinamente. Essa subárea, que até bem pouco tempo atrás quase não dispunha de trabalhadores homens, hoje conta com um contingente masculino de 15,29% em seus cursos técnicos. Isso pode, em mais longo prazo, representar uma tendência ao crescimento de incorporação de homens ao mercado de trabalho em saúde, mudando as características de gênero de parte do setor, especialmente nas equipes vinculadas ao cuidado em saúde, historicamente terreno de prática exclusivamente feminina. Provavelmente, como em outros países, a entrada da força de trabalho masculina não inverte a tendência, mas pode caminhar no sentido de garantir maior equilíbrio de gênero nas equipes. Afinal, sabe-se que o grande percentual de mulheres na enfermagem não ocorreu por força e imposição do objeto de trabalho, mas sim por reprodução de padrões socioculturais. No entanto, as origens desse fenômeno mais recente merecem ser mais bem compreendidas na perspectiva de identificar suas causas. Ou seja, a maior procura masculina por cursos da área de saúde, especialmente de enfermagem, representa algum diferencial ou valor agregado em termos salariais e de reconhecimento profissional, ou, justamente ao contrário, reflete uma crise relacionada à situação do emprego no país?

A formação que ocorre (a)pós o trabalho

Em relação ao horário de funcionamento de cursos técnicos em saúde, os dados revelam que 62,45% dos alunos matriculados no Brasil, ou seja, 94.475, freqüentavam cursos noturnos. Esse índice esteve acima de 50% para todos os cursos oferecidos em treze subáreas de formação em saúde, à exceção das subáreas de terapias alternativas e saúde visual, nas quais esse número representou 44,66% e 42,06% do total de matrículas, respectivamente. Em cursos das subáreas de segurança do trabalho, estética e radiologia e diagnóstico por imagem, a proporção de matrículas noturnas mostrou-se mais elevada ainda, com 89,07%, 77,62% e 77,51%, respectivamente.

A abertura de cursos noturnos pode significar uma resposta à necessidade dos alunos trabalhadores que não encontram outra forma de acesso ao processo educativo e de formação profissional que não após o expediente de trabalho. Nesse caso, muito provavelmente, a abertura de turmas noturnas responde ao perfil socioeconômico da demanda. Para corroborar essa hipótese, seriam necessários outros dados relacionados aos alunos, como local de trabalho, renda, dentre outros.

Por outro lado, na medida em que se considera imprescindível promover maior articulação entre o processo formativo e os serviços de saúde, essa questão se complexifica. A formação profissional em saúde de qualidade impõe mudanças profundas nas práticas pedagógicas utilizadas na formação dos trabalhadores ou futuros trabalhadores de saúde, como a realização de estágios supervisionados, maior articulação teoria-prática e desenvolvimento de habilidades e competências nos serviços e programas de saúde. Em princípio, tais questões são bastante difíceis de serem viabilizadas em expedientes noturnos e podem resultar em déficits de conhecimento consideráveis para o aluno.

A tendência à formação tardia dos técnicos médios de saúde

Aproximadamente 50% dos alunos matriculados na educação profissional em saúde estão na faixa etária entre 20 e 29 anos, o que induz a pensar que a formação ocorre após o ensino médio ou que são alunos com distorção entre a idade e a série escolar. Em quase todas as subáreas, observa-se que a maioria dos alunos ocupa essa faixa etária, e nas subáreas de reabilitação e terapias alternativas a faixa etária é ainda mais elevada, com um número expressivo de alunos com mais de trinta anos. As únicas subáreas que concentram uma população mais jovem, segundo o Censo Escolar 2002, são biodiagnóstico, farmácia, nutrição e dietética, vigilância sanitária e gestão.

Esse resultado é compatível com o encontrado em 2001, quando se verificou também, em comparação com outras áreas da economia, que os alunos matriculados em cursos técnicos de saúde tendem a ser mais velhos. Naquele ano, apenas 22% dos matriculados na área tinham até dezenove anos de idade, enquanto 44,4% dos matriculados em outras áreas tinham menos de dezenove anos. A faixa etária de quinze a dezessete anos, que é compatível com a idade escolar do ensino médio, concentra apenas 5,29% dos alunos matriculados em cursos técnicos de saúde.

Esses dados indicam uma possível tendência a ser confirmada (ou não) sobre a formação tardia dos técnicos médios de saúde por meio de séries históricas mais longas. De todo modo, se agregamos a esse resultado a análise anterior sobre o grande número de alunos que estuda no período noturno, possivelmente alunos que também trabalham, esses resultados podem expressar o não-acesso ao ensino médio e à formação técnica nesse nível de ensino na idade escolar apropriada; o abandono da escola imposto pela necessidade de trabalhar para custear o próprio estudo, geralmente em escola privada; a busca por uma formação profissional após ingressar no mundo do trabalho com a perspectiva de ascensão profissional e/ou trabalho autônomo, etc.

Sobre os concluintes

Em 2001, de acordo com o Censo 2002, 68.036 alunos concluíram cursos técnicos relacionados às subáreas de formação em saúde. Em uma análise mais detida sobre a dependência administrativa das instituições responsáveis por esses concluintes, pode-se observar que 13,32% (9.065 alunos) eram oriundos de escolas públicas, e 86,68% (58.971), de escolas privadas. Esse dado reflete a maior oferta privada já apontada com relação aos estabelecimentos, aos cursos e às matrículas.

Uma verificação interna dos dados relativos à esfera pública permite as seguintes afirmativas: em termos nacionais, considerando o número total de concluintes (9.065), a maior parte estava vinculada a escolas pertencentes a redes estaduais de educação, responsáveis pela formação de 80,74% daqueles alunos; a esfera federal respondeu por 12,90%; e a municipal, por 6,37% dos concluintes.

Ao analisarmos a participação do setor privado nos resultados relacionados a concluintes, é possível afirmar que, invariavelmente, para cada aluno formado no setor público houve no mínimo 4 e no máximo 27 concluintes de escolas privadas, variando essa relação de acordo com a região, da seguinte forma: região Centro-Oeste, 1/4, região Nordeste, 1/6, região Sudeste, 1/6, região Sul, 1/11 e região Norte, 1/27.

Em relação à distribuição regional, observa-se que os concluintes pertenciam a instituições concentradas na região Sudeste (65,08%), seguida pelas regiões Nordeste (14,03%), Sul (13,54%), Centro-Oeste (4,06%) e Norte (3,29%).

A maioria dos concluintes, em todas as regiões brasileiras, é da subárea de enfermagem. No país, são 70% do conjunto de todas as subáreas, chegando a representar mais de 90% na região Nordeste. De todas as regiões, a Sudeste responde por mais de 60% dos concluintes de cursos técnicos médios em saúde que irão disputar uma vaga no mercado de trabalho ou já estão inseridos no mercado setorial e estão buscando melhor qualificação escolar.

Com relação às variáveis sexo, turno e faixa etária, os dados reproduzem os resultados já encontrados quando da análise dos alunos matriculados. No conjunto das subáreas, a maioria dos concluintes é de mulheres (78%), sendo as subáreas de segurança do trabalho, saúde visual e radiologia e diagnóstico por imagem as únicas cuja maioria dos concluintes é homem. Nesta última subárea, há uma possível tendência de inversão desse quadro se o número de mulheres matriculadas nesses cursos continuar a ser maior do que de homens, como ocorreu em 2002.

O período noturno também é o turno com maior número de concluintes dos cursos técnicos médios em saúde (60%), exceto nas subáreas de estética e vigilância sanitária, em que 100% deles são do período diurno, o que também tende a se reverter, pois em 2002 a maioria dos alunos matriculados nessas subáreas estuda à noite.

Por último, a faixa etária predominante é de 20 a 29 anos, que corresponde a mais de 50% dos concluintes, que, quando somados àqueles com até 39 anos, representam mais de 70% destes, o que pode ser um indicador da presença de uma força de trabalho mais velha no mercado de trabalho em saúde.

Conclusão

Este estudo procurou apresentar um panorama da educação profissional técnica de nível médio em saúde no país a partir da base de dados do Censo Escolar 2002. Tal levantamento é realizado com o objetivo de subsidiar a formulação e a implementação de políticas de formação profissional, que ressurge como pauta importante na agenda da área. É nesse contexto que a análise dessa base de dados se insere, o que exige antes de tudo avaliar a contribuição desta para a formulação de políticas públicas no setor saúde.

A principal crítica formulada neste estudo é que essa fonte de informação pode não estar abarcando a totalidade dessa modalidade de ensino na área de saúde, devendo-se por isso utilizar os dados com cautela, pois não se sabe qual é a cobertura de escolas que essa base abrange, ou qual a fração do total

de estabelecimentos de educação profissional técnica que está presente nesta, dificultando a extrapolação das conclusões.

Apesar disso, parece-nos que o Censo Escolar serve de orientação e indica de certo modo a realidade da educação profissional técnica em saúde no país, principalmente quando cotejado com dados de outras fontes de informação, como a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE), realizada no decorrer do estudo, assim como com o levantamento realizado dos cursos de graduação em saúde.

Por outro lado, cabe ressaltar que o Censo Escolar é considerado uma base sólida e consistente para a definição de políticas públicas na área de educação, principalmente pela cobertura alcançada na rede de ensino fundamental. Para isso, contribuiu bastante a criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), pelo Ministério da Educação (MEC), pois o número de matrículas nas redes públicas de ensino é a base de cálculo do coeficiente de redistribuição dos recursos do governo federal para estados e municípios, incidindo diretamente na distribuição de livros didáticos e merenda escolar, entre outros. Desse ponto de vista, a proposta que vem sendo discutida de criação de um Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação Profissional e Tecnológica (Fundep) (BRASIL/MEC, 2003) pode servir também para incentivar os estabelecimentos que oferecem cursos de educação profissional técnica a participarem do Censo Escolar, garantindo uma melhor cobertura e, conseqüentemente, um retrato mais próximo da realidade dessa modalidade de ensino.

Considerando essas questões, o levantamento revela que a maioria dos estabelecimentos de ensino, os cursos existentes e o conjunto de alunos matriculados e concluintes estão localizados na região Sudeste do país, bem como são vinculados ao setor privado em todas as regiões brasileiras. Isso aponta para uma grande concentração espacial-geográfica da capacidade instalada e da oferta, principalmente se considerarmos o eixo Sul-Sudeste, e o caráter predominantemente privado da educação profissional em saúde. O Sudeste detém a maioria dos empregos em saúde e a maior rede de serviços do setor, o que pode explicar essa concentração, embora não justifique a baixíssima ou inexistente oferta pública em outras. A região que apresenta o menor percentual nas três variáveis anteriores é a Norte, seguida da Centro-Oeste, indicando a necessidade de maiores investimentos públicos nessas regiões.

Com base na análise de concluintes dos cursos técnicos em saúde das escolas públicas e privadas, em 2002, é possível afirmar que para cada aluno formado no setor público houve no mínimo quatro e no máximo 27 concluintes de escolas privadas, variando essa relação de acordo com a região, da seguinte forma: Centro-Oeste, 1/4, Nordeste, 1/6, Sudeste, 1/6, Sul, 1/11, e Norte, 1/27.

Entretanto, a análise indica também que apesar de, em termos absolutos, o setor privado oferecer um maior número de cursos, o setor público detém um número elevado de alunos matriculados no país, principalmente nas regiões Nordeste e Sudeste. Isso pode estar significando que a procura por cursos públicos é maior, possivelmente em função de barreira socioeconômica que permita o acesso aos cursos privados, e que existe demanda reprimida pelo setor público, principalmente nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste. No setor público, a esfera estadual é a principal prestadora de serviços educacionais na área de saúde, exceto nas regiões Norte e Nordeste, onde predomina a esfera federal. Os municípios têm pequena participação nessa modalidade de ensino, talvez porque, prioritariamente, sejam responsáveis pela oferta de educação infantil e fundamental em razão da baixa tradição dessa esfera pública na promoção de projetos de desenvolvimento regional vinculados à implantação de escolas e/ou centros públicos de educação profissional.

A enfermagem é a subárea de formação que detém o maior número de cursos (55,53%) e matrículas (70,01%) no país e em todas as regiões brasileiras, o que tem correspondência com o expressivo quantitativo de postos de trabalho dessa área nos estabelecimentos de saúde. Trabalhamos com a hipótese de que a demanda por cursos de técnicos de enfermagem tende a aumentar, uma vez que, no período 1999-2002, esse posto de trabalho cresceu a uma participação de 29,6%, enquanto o dos auxiliares cresce apenas a uma taxa de 6,5%, sem que isso signifique necessariamente ascensão na escala salarial.

É preciso mencionar que o modelo de atenção à saúde buscado com o SUS pressupõe o inverso, isto é, uma abordagem multidisciplinar, que exige a presença de um leque maior de profissionais atuando no interior dos serviços e nas comunidades. Nesse sentido, esses dados indicam a existência de uma disjuntiva facilmente observável entre as políticas de saúde e as de educação/formação, como, por exemplo, na subárea de saúde bucal, em que parece haver baixa oferta de cursos de técnicos de higiene dental e atendente de consultório dentário ante as políticas em curso nessa área, com a ampliação das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família. Nessa subárea, a maioria dos cursos é privada e voltada para a formação de técnicos em

prótese dentária, que são vinculados historicamente à prática liberal, e não de técnicos de higiene dental, prioritários para a política de saúde em curso.

Quanto aos alunos, o levantamento indica que entre os matriculados e concluintes há predomínio de mulheres na formação técnica em saúde, resultado profundamente influenciado pelo grande contingente feminino na subárea de enfermagem. Em cursos das subáreas de estética e nutrição e dietética, a presença de mulheres ultrapassa a faixa dos 90%. A única subárea que apresenta maior número de matriculados e concluintes do sexo masculino é a de segurança do trabalho, vindo a seguir a subárea de saúde visual.

Na sua maioria (62,45%), os alunos fazem cursos noturnos. Se, por um lado, isso pode significar uma resposta à necessidade de alunos trabalhadores, que não encontram outra forma de acesso ao ensino médio e à formação profissional, a não ser após o expediente de trabalho, por outro a questão da formação profissional complexifica-se. Uma formação de qualidade pressupõe a realização de estágios supervisionados, maior articulação teoria-prática e desenvolvimento de competências e habilidades nos serviços e programas de saúde. Em princípio, tais questões são bastante difíceis de serem viabilizadas em expedientes noturnos e em escolas privadas de qualidade duvidosa, principalmente em termos de equipamentos e instalações, o que pode resultar em déficits de conhecimento consideráveis para o aluno.

Com relação à faixa etária, a análise aponta que os alunos dos cursos técnicos na saúde tendem a ser mais velhos. Aproximadamente 50% dos alunos matriculados e concluintes estão na faixa etária entre 20 e 29 anos, o que induz a pensar que a formação ocorre após o ensino médio ou que são alunos com distorção entre a idade e a série escolar. Em estudo anterior, realizado em 2001, verificamos também que, em comparação com outras áreas da economia, os alunos matriculados em cursos técnicos da área tendem a ser mais velhos. A faixa etária de 15 a 17 anos, que é compatível com a idade escolar do ensino médio, concentra apenas 5,29% dos alunos matriculados e 1,35% dos concluintes em 2002.

A partir das questões contempladas anteriormente, sugerimos as seguintes recomendações:

- garantir no Programa de Expansão da Educação Profissional do Ministério da Educação (Proep/MEC) verbas para a construção de Escolas Técnicas do SUS – Etsus – em todos os estados da região Norte e nos Estados do Maranhão, do Piauí, de Sergipe e do Rio Grande do Sul;

- definir nas três instâncias gestoras do SUS mecanismos de incentivos para garantir o acesso à educação básica e à formação profissional a todo trabalhador, com dispensa de horas de trabalho;
- incentivar e garantir, com os gestores estaduais e municipais do sistema de saúde, recursos orçamentários para a manutenção das Etsus e dos pólos descentralizados de formação técnica em saúde;
- fortalecer as Etsus como Centros Estaduais de Referência de Educação Profissional Técnica em Saúde, com o objetivo de desenvolver cursos em áreas de interesse do SUS de forma descentralizada e com integração ensino-serviço;
- criar e implantar um sistema público de acreditação para escolas públicas e privadas de educação profissional técnica em saúde a partir de critérios de avaliação dos cursos ofertados, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS;
- desenvolver de forma articulada com o MEC sistema contínuo de acompanhamento e avaliação das escolas públicas e privadas de educação profissional técnica em saúde no país, com vistas à melhoria da qualidade da formação oferecida;
- criar mecanismos que estimulem a participação das escolas públicas e privadas no Censo da Educação Profissional, com a perspectiva de utilizar essa base de dados de forma mais confiável no planejamento e na gestão das políticas públicas de educação e saúde em todos os níveis de governo;
- promover de forma articulada com o Inep/MEC a melhoria da qualidade de informação da base de dados do Censo da Educação Profissional Técnica em Saúde, ampliando as variáveis para estudo.

Referências bibliográficas

BRASIL, Ministério da Educação. *Lei nº 9.394, de 20/12/96*. Estabelece as diretrizes da educação nacional. Brasília: MEC, 1996.

_____. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Área profissional: saúde*. Brasília: MEC, 2000. 231 p.

_____. *Proposta de políticas públicas para a educação profissional e tecnológica*. Brasília: MEC, dez. 2003.

_____. *Decreto nº 5.154, de 23/07/04*. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20/12/96. Brasília: MEC, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 197/97. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem. *Documentos básicos*. 8. ed. Natal: Cofen, 1997. p. 144.

_____. Resolução 226/00. Dispõe sobre o registro para especialização de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Documentos básicos*. 8. ed. Natal: Cofen, 2000. p. 208.

_____. Resolução 238/00. Fixa normas para a qualificação em nível médio de enfermagem do trabalho e dá outras providências. *Documentos básicos*. 8. ed. Natal: Cofen, 2000. p. 235.

_____. Resolução 260/01. Fixa as especialidades de enfermagem. *Documentos básicos*. 8. ed. Natal: Cofen, 2001. p. 357.

_____. *Cadastro de estabelecimentos com cursos técnicos em enfermagem*. Rio de Janeiro, 2002. <http://www.portalcofen.com.br/index.asp>

LIMA, Júlio César França et al. Educação profissional em enfermagem: uma releitura a partir do Censo Escolar 2001. *Revista Formação*, v. 2, n. 6. Brasília: Ministério da Saúde, set./dez. 2002.

_____. Mapeando a educação profissional de nível técnico em saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 293-316.

_____. *Tendências e situação atual da oferta do sistema educativo na área de saúde*. Educação profissional de nível técnico em saúde. Relatório Final, v. 6. Brasília: Ministério da Saúde, jun. 2004.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler et al. *Tendências e situação atual da oferta do sistema educativo na área de saúde. Formação graduada em saúde*. Relatório Final, v. 1-2. Brasília: Ministério da Saúde, mai. 2004.

VIEIRA, Mônica et al. *As ocupações técnicas nos estabelecimentos de saúde: um estudo a partir dos dados da pesquisa AMS/IBGE*. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2003.

Residência médica: prioridades do Sistema Único de Saúde que determinam a distribuição de vagas

Adriana Rosa Linhares Carro, Aníara Nascimento Corrêa Araújo,

Nosor Orlando de Oliveira Filho e Paulo Henrique D'Ángelo Seixas

Introdução

No Brasil, a residência médica (RM) surgiu em 1944 no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, e, em 1948, o Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro implantou o programa de RM na área de pediatria.¹ Desde sua implantação no país até sua forma atual, muitas transformações ocorreram no conhecimento médico, nas técnicas de ensino e aprendizagem e na atenção médica prestada à população.

A RM foi regulamentada pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977,² e se constitui numa modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em instituições de saúde sob a orientação de profissionais médicos altamente qualificados.

Este decreto criou também a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), ligada ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), com as seguintes atribuições: credenciar programas de RM; definir as normas gerais dos programas; estabelecer requisitos mínimos necessários das instituições onde estes serão realizados; assessorar as instituições para o estabelecimento dos programas de residência; avaliar periodicamente e, se necessário, sugerir modificações ou suspender o credenciamento dos programas que não estiverem de acordo com as normas estabelecidas.

É importante chamar a atenção para o fato de que a regulamentação da RM e sua efetiva implantação contaram com a participação ativa da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), que, desde 1975, iniciou um processo de mobilização para a regulamentação supracitada. A ANMR, articulada ao Movimento de Renovação Médica e ao movimento médico sindical, deflagrou em 1977 uma manifestação política, de cunho nacional, que incluiu também outras entidades da sociedade civil. Esse

movimento, que teve entre outros objetivos o cumprimento da regulamentação estabelecida pelo Decreto nº 80.281, reivindicou também que os médicos residentes tivessem reconhecidos seus direitos trabalhistas, realizou atos públicos, passeatas e greves, obtendo algumas vitórias, dentre as quais o aumento da remuneração do médico residente abrangendo todo o país de forma igualitária e o início efetivo da aplicação da regulamentação supracitada. A paralisação dos médicos residentes foi a primeira realizada por médicos com características nacionais e repercussão na grande imprensa, ocorrendo num momento político nacional em que se iniciava uma pressão da sociedade civil em direção a um Estado de direito democrático.³

A regulamentação da RM pelo Estado, e não pelas sociedades médicas, característica importante desse processo, introduziu o médico residente como força de trabalho no sistema de saúde, provocando a institucionalização da residência no interior das políticas de saúde. A opção preferencial dada inicialmente às áreas básicas, num momento em que a prioridade era a regionalização, a hierarquização e o desenvolvimento de ações simplificadas e de baixo custo, evidencia a articulação entre residência e política de saúde.³

O termo "residência médica" só pode ser empregado para programas credenciados pela CNRM, órgão do MEC. Cumpridos integralmente dentro de uma determinada especialidade, os programas credenciados conferem ao médico residente o título de especialista.

O fato de o Programa de RM dar o título de especialista, com regras determinadas pela CNRM, propiciou ao Estado um poder que até então era exclusivo das sociedades médicas de especialidades, que são entidades civis sem qualquer subordinação ao poder público. Isso dá ao Estado brasileiro a capacidade de traçar uma política completa na área de atenção à saúde, incluindo a formação daqueles profissionais que julgar necessário. Vale ressaltar que somente a profissão médica é regulamentada dessa forma pelo Estado brasileiro, e, ainda, que a maior parte das bolsas de RM é mantida por entidades e instituições públicas.

No início do processo de regulamentação da RM houve um distanciamento entre as sociedades de especialidades, que continuam a emitir seus títulos de especialistas, e a CNRM. Entretanto, com o passar dos anos, vem ocorrendo uma reaproximação e um imbricamento gradual entre essas sociedades e os órgãos responsáveis pela RM. Hoje, há um trabalho em conjunto entre a CNRM e a maioria das sociedades de especialidades, passando estas a estabelecer diversos condicionamentos às normas mais recentes emanadas daquela. Na mais recente revisão de resoluções anteriores,

a CNRM trabalhou em conjunto com o Conselho Federal de Medicina e com as sociedades de especialidades, buscando eliminar as divergências existentes em relação às regras de formação do médico residente (ex.: número de anos necessários para cumprimento do programa), acordando ainda quais especialidades seriam reconhecidas pelas sociedades. Essa resolução foi publicada no *Diário Oficial da União*, sob o nº 004/2003, contendo as seguintes considerações iniciais:

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no uso de suas atribuições que lhe conferem o Decreto nº 80.281 de 05 de setembro de 1977 e a Lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981, e considerando a Resolução do Conselho Federal de Medicina de nº 1.666, de 02 de julho de 2003 que reconhece 52 (cinquenta e duas) especialidades médicas e suas áreas de atuação; considerando a Comissão Nacional de Residência Médica oferecer requisitos mínimos para credenciamento de programas de Residência Médica em 46 (quarenta e seis) especialidades médicas; considerando que 05 (cinco) outras Sociedades de Especialidades tiveram aprovados, pela CNRM, seus critérios mínimos para credenciamento de programas de Residência Médica, resolve [...]

A preocupação do Estado em apreender e regular a especialização médica é vista também em outros países. Como exemplo disso podemos citar a criação do *Council on Graduate Medical Education – COGME*, criado pelo Congresso Americano em 1986, que tem como papel prover recomendações para o *Department of Health and Human Services (HHS) Secretary* e para o Congresso Americano sobre a formação e a distribuição de médicos nos Estados Unidos, excessos e carências de especialistas médicos, entre outros temas.⁴

Entre as considerações do COGME em relação ao vigente sistema de saúde americano, podemos relatar:

- O país conta com poucos médicos generalistas e muitos médicos especialistas, com tendência ao agravamento dessa situação pela quantidade de formados que procuram as especialidades.
- Atualmente, médicos especialistas e subespecialistas são responsáveis por parte da atenção primária.
- O acesso ao atendimento médico encontra-se dificultado em algumas áreas, sobretudo nas rurais.

- Há ausência de planejamento da força de trabalho médica combinada a incentivos financeiros e outros.

O COGME faz algumas preconizações no sentido de otimizar o sistema de saúde americano, a fim de melhorar o acesso da população, dentre estas:

- O número de vagas para ingresso à residência médica deve ser 10% superior ao número de graduados nas escolas médicas americanas, ou seja, deve ser limitado, já que ultimamente o número de vagas para ingresso na residência vem aumentando.
- Pelo menos 50% dos residentes devem iniciar sua prática como médicos generalistas, tais como médico de família, clínicos gerais e pediatras.
- As áreas carentes de atenção primária nos EUA devem ser eliminadas.

Nota-se que essa experiência foi posterior à brasileira, que se deu em 1977.

A residência médica é concomitantemente um processo de ensino, prática e pesquisa e está institucionalizada em termos mundiais; sua importância pode ser analisada sob as óticas da categoria profissional e das instituições que oferecem tais programas. Em relação à categoria profissional, exerce uma série de funções, dentre as quais podemos destacar: aprendizado e treinamento sob supervisão, visando à habilitação profissional; aquisição de conhecimentos especializados, bem como estímulo à formação de docentes pela participação dos residentes em atividades de pesquisa e tarefas didáticas. Por outro lado, da perspectiva da instituição que oferece os programas, podemos destacar como algumas vantagens importantes: melhoria das condições técnicas, incluindo equipamentos, serviços complementares, etc.; melhoria do padrão de atendimento médico; assistência médica em tempo integral aos pacientes e transformação da instituição em centro de estudos.⁵

A RM, estruturada sob forma de treinamento em serviço, ainda que necessite de constante revisão e aperfeiçoamento, é reconhecida como forma adequada para a especialização profissional e para a melhora da qualidade da atenção médica oferecida. A base da regulamentação de 1977 permanece a mesma, com a emissão de resoluções adicionais tratando de assuntos específicos.

Inicialmente implantados principalmente em hospitais universitários, os programas de RM no Brasil foram se estendendo a outros serviços hospitalares, públicos em sua maioria, e a instituições privadas, que passaram a ter, após 1964, papel relevante no ensino médico. Um importante ponto a ser considerado é que o aumento do número de formandos em medicina e a conseqüente saturação do mercado de trabalho provocaram uma pressão

pelo aumento de vagas de residência médica, com tendência à especialização, sem compromisso com a qualidade do ensino ou com as reais necessidades de saúde da coletividade.⁶ Não obrigatoriamente a instituição que se credencia possui curso de graduação em medicina ou se encontra ligada à universidade.

A importância da residência médica é ressaltada em seu papel como formadora de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) ao considerarmos os pressupostos legais da Constituição brasileira, da Lei Orgânica da Saúde, das leis complementares, entre outros.¹

Residência médica *versus* atenção em saúde

Hoje, é consensual o fato de que o residente é uma figura muito importante no atendimento médico dos hospitais onde a residência médica está implantada. Originalmente, a residência foi pensada exclusivamente para acontecer dentro de hospitais, mas, posteriormente, o sistema ampliou-se com a visão de que a formação do residente não deve ser confinada somente ao ambiente hospitalar. A ampliação inicial foi para os ambulatórios ligados aos hospitais e posteriormente a ambulatórios independentes de nosocômios.⁷

Conforme exposto anteriormente, a implantação dos programas de RM deu-se basicamente em estruturas hospitalares, e, até os dias atuais, os programas ainda são acentuadamente hospitalocêntricos, estando estruturados para responder às demandas dos serviços. Com as profundas transformações do sistema de saúde brasileiro nas últimas décadas e, principalmente, com a implantação do SUS, após 1988, foram criadas novas necessidades para a formação e o aprimoramento médico.

Ao mesmo tempo em que o desenvolvimento tecnológico requer a formação de profissionais altamente especializados, a ampliação da rede básica exige a formação de generalistas com sólidos conhecimentos em atenção básica. A heterogeneidade do país e o perfil epidemiológico da nossa população, em contínua transformação, exigem rápidas respostas, tanto do prestador de atenção médica como dos órgãos formadores e financiadores da formação profissional.

Apesar disso, como a maioria dos programas está ligada a grandes hospitais, faculdades de medicina e universidades, os programas de RM continuam defasados em relação às necessidades do SUS, que exigem, além de uma formação profissional adequada a todos os níveis do sistema (desde atenção básica até a alta complexidade), uma formação humanizada que compreenda os princípios do sistema de saúde brasileiro.

O Estado de São Paulo e a residência médica

Do total de 16.557 bolsas de residência médica oferecidas no país, o Estado de São Paulo oferece 6.464 bolsas, o que representa 39% do universo. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo é hoje a maior financiadora de bolsas de residência médica no Brasil, mantendo cerca de 4.500 bolsas, o que representa, segundo dados da CNRM⁸, 27% do total de bolsas do país. Esse investimento implica um repasse de R\$ 5.500.000,00, totalizando aproximadamente R\$ 64 milhões por ano.

A seguir, temos quadro que demonstra a distribuição do investimento da SES/SP por especialidade.

As bolsas de RM financiadas pelo governo do Estado de São Paulo estão distribuídas em universidades públicas estaduais, universidades privadas, faculdades de medicina, hospitais públicos gerais e especializados e hospitais privados filantrópicos que atendem prioritariamente ao SUS.

Desde a implantação do SUS e com a estadualização dos hospitais federais, o estado ampliou sua rede, que já era extensa, e além das bolsas que fornecia, passou a financiar e a gerenciar também as bolsas dos programas implantados nessas instituições.

A abertura de novas vagas de residência tem-se orientado quase exclusivamente pelo interesse das próprias instituições ou obedecendo a orientações corporativas. Embora a maioria dos programas de RM no Brasil seja financiada pelo setor público, não existe racionalidade epidemiológica na distribuição desse tipo de formação especializada.⁹

A distribuição dos programas e o número de vagas por especialidade não se balizaram pela lógica do sistema estatal de saúde.¹ Isso se deve, provavelmente, a diversos fatores, dentre estes: à regulamentação original da residência médica, que não acompanhou as rápidas mudanças no sistema de saúde; às próprias instituições, que são autônomas para decidir os programas de seu interesse; à pouca ação do estado em influenciar nas decisões de implantação dos programas e, também, à herança recebida dos hospitais estadualizados, que vinham de outro tipo de gestão.

Como o governo do Estado de São Paulo deve investir na formação de recursos humanos sob a ótica do SUS e a gestão atual tem como política de governo garantir a integralidade e a equidade do sistema, torna-se premente revisar a qualidade desse investimento, bem como em que áreas se devem alocar recursos com maior afinco.¹⁰

Quadro 1

Especialidades	Custo das vagas ocupadas (R\$)	%
Clínica médica	8.351.179,32	12,95
Pediatria	7.226.711,76	11,21
Cirurgia geral	6.322.935,48	9,81
Obst. e ginec.	5.850.029,64	9,07
Ortopedia e traum.	3.860.318,04	5,99
Anestesiologia	2.497.646,16	3,87
Oftalmologia	2.595.730,68	4,03
Rad. e diag. imag.	2.466.119,76	3,83
Cardiologia	2.136.837,48	3,31
Infectologia	1.800.550,70	2,79
Psiquiatria	1.954.680,12	3,03
Dermatologia	1.590.367,20	2,47
Otorrinolaringologia	1.331.143,80	2,06
Neurocirurgia	1.324.138,08	2,05
Neurologia	1.208.538,48	1,87
Cirurgia plástica	1.047.400,56	1,62
Patologia	938.806,80	1,46
Angiol.e cir. vasc.	984.346,32	1,53
Nefrologia	788.177,40	1,22
Urologia	879.255,72	1,36
Hematologia	711.111,12	1,10
Endoc. e metab.	858.237,72	1,33
Pneumologia	641.050,92	0,99
Gastroenterologia	521.948,52	0,81
Cancerologia	574.493,64	0,89
Reumatologia	469.403,40	0,73
Med. fam. comunid.	462.397,32	0,72
Cir. apar. digest.	669.075,00	1,04
Med. prev. e soc.	462.397,32	0,72
Cir. pediátrica	374.822,16	0,58
Medicina nuclear	378.325,08	0,59
Pat. clín.e med. lab.	336.288,96	0,52
Cir. torácica	287.246,88	0,45
Cir. cardiovascular	311.768,16	0,48
Cir. cab. e pescoço	304.761,96	0,47
Geriatria	280.240,80	0,43
Cir. oncológica	266.228,76	0,41
Neuropediatria	294.252,84	0,46
Radioterapia	266.228,76	0,41
Coloproctologia	245.210,88	0,38
Med. intensiva	126.108,36	0,20
Alergia e imunol.	126.108,36	0,20
Genética médica	126.108,36	0,20
Cir. do trauma	98.084,28	0,15
Med. fís. e reab.	70.060,20	0,11
Nutrologia	56.048,16	0,09
Total	64.472.921,42	100,00

Em 2003, no Estado de São Paulo, a SES/SP realizou um primeiro movimento de readequação na distribuição das bolsas que financia, considerando a realidade até então existente nas instituições. Sob tal perspectiva, redistribuíram-se 107 bolsas de RM em áreas consideradas prioritárias ao sistema. Esse movimento só foi possível tendo em vista a existência de um *pool* de vagas ociosas em relação ao quantitativo em fevereiro de 2003. Embora apenas 2,5% das bolsas oferecidas tenham sido retomadas para essa redistribuição, a reação provocada nas instituições teve intensidade considerável, o que ilustra as diferentes visões entre órgão gestor e receptores do programa de bolsas nesse processo.

O processo de redirecionamento

Tendo como referência o número de bolsas utilizadas em junho de 2003 (4.433), destinou-se 2,5% desse quantitativo (107) para o processo de redirecionamento.

A fim de definirmos quais áreas seriam priorizadas, consideramos as que estão entre as exigidas pelo Ministério da Saúde para a incorporação de especialistas no sistema, principalmente as de alta complexidade, tais como: cancerologia, nefrologia, neonatologia e medicina intensiva. Também utilizamos como critério a carência sentida de determinados profissionais nos serviços públicos de saúde, dentre estes foram levados em conta os profissionais das áreas em que a referência e o encaminhamento dentro do sistema de urgência e emergência se encontram dificultados, tais como as áreas de cirurgia do trauma, neurologia, neurocirurgia e medicina intensiva. As áreas de anestesiologia e cirurgia pediátrica foram contempladas por existir dificuldade constante na absorção pelo setor público dos profissionais da primeira e em razão da demanda reprimida em relação à última. Por outro lado, a área de clínica médica recebeu atenção especial para que se pudesse cumprir nos serviços a norma da CNRM, que passou a exigir, em vez de um, dois anos dessa especialidade como pré-requisito para acesso às especialidades clínicas. Por fim, não poderíamos olvidar a área de medicina da família e comunidade por se tratar de área estratégica do SUS.

Conforme exposto anteriormente, foram escolhidas as seguintes especialidades: cancerologia, medicina intensiva, medicina da família e comunidade,* nefrologia, neurologia, neurocirurgia, neonatologia, anestesiologia, cirurgia do trauma, cirurgia pediátrica e clínica médica.

* Para essa especialidade, foi obrigatória a comprovação da existência de estágios na rede básica de saúde.

Foi aberto um edital no *Diário Oficial do Estado de São Paulo* que convidava as instituições a concorrerem a essas bolsas, desde que preenchessem os seguintes requisitos:

- Possuir vagas, nas especialidades citadas, credenciadas pela CNRM, que possam ser disponibilizadas em concurso, desde que não haja redução do número de vagas oferecidas nessas áreas na última resolução Conforpas.
- Atender prioritariamente ao SUS na(s) área(s) solicitada(s).
- Apresentar ao GAS-RM da SES o pedido de bolsas, discriminando as áreas e o número de bolsas que a instituição tenha capacidade de absorver.
- Apresentar cópia do credenciamento da CNRM, em que esteja descrito o número de vagas.
- Apresentar o programa discriminatório das atividades e suas respectivas cargas horárias.
- As instituições devem ter disponibilidade para assumir o pagamento de 20% do valor da bolsa, excetuando-se as instituições de administração direta.
- Apresentar documentos que confirmem a existência de convênios, porventura existentes, com outras instituições ou órgãos públicos para atendimento nas áreas solicitadas.
- Histórico da residência médica da instituição.
- Instituições que no momento não recebem bolsa pela SES/SP devem apresentar comprovação de contrato de gestão ou convênio com a SES/SP.

Nesse primeiro movimento, a SES/SP teve como preocupação evitar o fechamento de qualquer programa em função dessa redistribuição. Valorizamos as instituições que tivessem compromisso prático com a formação de recursos humanos para o SUS e, evidentemente, que apresentassem estrutura e capacidade para responder a essas demandas. Nesse processo, as instituições que acabaram recebendo maior número de bolsas foram as universidades estaduais, por justamente apresentarem estrutura adequada e maior capacidade de absorção de novos residentes nas áreas oferecidas.

As solicitações foram analisadas pelo GAS-RM, e as bolsas tiveram a seguinte distribuição:

Quadro 2

Especialidades	Concedidas
Nefrologia	08
Medicina da família e comunidade	13
Neurologia	04
Cancerologia	04
Neonatologia	13
Medicina intensiva	10
Clínica médica	30
Anestesiologia	10
UTI pediátrica	06
Neurocirurgia	00
Nefrologia pediátrica	01
Cirurgia pediátrica	01
Cirurgia do trauma	00
Cancerologia pediátrica	07
Total	107

Segue o quadro com a distribuição das vagas por natureza jurídica das instituições:

Quadro 3

Natureza jurídica	Nº de vagas recebidas
Instituições filantrópicas	6
Hospitais de administração direta	5
Faculdades de medicina não estaduais	24
Faculdades de medicina estaduais	56
Organizações sociais de saúde	7
Autarquias	9
Total	107

Das 107 bolsas concedidas, 81 foram efetivamente ocupadas, conforme resumido no quadro a seguir:

Quadro 4

Especialidades	Concedidas	Ocupadas
Nefrologia	08	00
Med. família e comunidade	13	07
Neurologia	04	01
Cancerologia	04	01
Neonatologia	13	11
Medicina intensiva	10	08
Clínica médica	30	29
Anestesiologia	10	09
UTI pediátrica	06	06
Neurocirurgia	00	00
Nefrologia pediátrica	01	01
Cirurgia pediátrica	01	01
Cirurgia do trauma	00	00
Cancerologia pediátrica	07	07
Total	107	81

Essa redistribuição mostrou-se inicialmente bem-sucedida, conforme pode ser observado no quadro anterior, já que 74% das bolsas oferecidas foram ocupadas. Esse resultado aponta para a capacidade de intervenção positiva do gestor público diante da formação de recursos humanos.

Algumas áreas apresentaram maior dificuldade quanto à ocupação das vagas, tais como nefrologia, medicina da família e comunidade, neurologia e cancerologia.

As especialidades nefrologia, neurologia e cancerologia, de baixa procura por parte dos candidatos, pertencem ao grupo de alta complexidade, no qual há demanda por ações e procedimentos que utilizam tecnologia sofisticada. Essas especialidades apresentam uma tendência para crescimento de demanda, dado o perfil epidemiológico que vem caracterizando nossa população, ainda que não venham apresentando atrativo de mercado ou de inserção profissional suficiente para atrair maior procura por parte dos candidatos.

A menor procura por medicina de família e comunidade pode ser entendida por esta ser uma especialidade na qual se passou a investir apenas nos últimos anos, e os órgãos formadores ainda não conseguiram sensibilizar adequadamente seus alunos em relação ao aumento de importância que esta vem ganhando; trata-se de uma especialidade que merece estímulo.

Para uma compreensão mais adequada desses fatos, uma análise específica mais aprofundada deve ser realizada. Nesse momento, a preocupação da SES/SP é dar continuidade ao processo iniciado e embasar uma política mais sólida para sedimentá-lo.

Evidentemente, a indução à especialização não resolve automaticamente os problemas de mercado, e, por outro lado, o mercado isoladamente também não é capaz de resolver os problemas do sistema de saúde, principalmente num país tão heterogêneo socialmente quanto o nosso, sendo, portanto, necessário que as políticas de gestão e de mercado estejam acopladas a fim de otimizar as questões relativas aos recursos humanos.

Sendo assim, criou-se formalmente uma comissão para discutir e analisar a residência médica, no âmbito da SES/SP, em que estão envolvidos representantes das instituições de diferentes naturezas jurídicas que recebem bolsas financiadas pela secretaria, tendo como um dos seus objetivos definir as áreas prioritárias de formação profissional. Outras linhas de investigação relacionadas a esse tema estão programadas e em fase de implantação, sob a coordenação da Estação Observatório de Recursos Humanos SUS-SES/SP, com a perspectiva de contar com a participação de outras entidades que investigam a área de recursos humanos. Pretende-se com isso aprofundar e refinar o conhecimento em relação às peculiaridades da residência médica.

Considerações finais

Além de a SES/SP financiar o maior número de bolsas de residência médica no país, nos programas por esta mantidos estão sendo formados profissionais que irão atuar em âmbito nacional e, também, médicos estrangeiros que procuraram especialização em nosso estado e retornarão aos seus países.

Há carência de planejamento na formação de recursos humanos no que se refere à residência médica. Os programas de RM reproduzem o modelo de especialização vigente dentro do aparelho formador, no qual as próprias instituições que oferecem os programas acabam regulando a formação de seus residentes.¹

Diante das rápidas e profundas transformações que vêm ocorrendo no sistema de saúde do Brasil e do fato de a formação da RM basear-se em treinamento em serviço, sente-se a necessidade, principalmente em órgãos gestores como a SES/SP, de que os processos, antes efetivos, sejam

readequados para o momento atual. A legislação de 1977, que ainda regulamenta a RM, não considera a necessidade da existência dos programas, mas somente a capacidade da instituição em fornecê-los.

Como os recursos financeiros se tornam cada vez mais escassos e não há, no Estado de São Paulo, necessidade de aumento de bolsas em determinadas áreas, torna-se premente iniciar uma revisão da forma de credenciamento. O enfoque desse processo deve partir da óptica do SUS, a fim de oferecer uma atenção adequada à população, e não somente do ponto de vista das instituições que executam o programa.

Assim, a residência médica poderá assumir sua verdadeira característica dada pela interação de suas duas dimensões (educacional e de trabalho) em situações institucionais concretas.³

A resistência das instituições a esse primeiro movimento de redistribuição de bolsas evidencia a lógica da cultura institucional como definidora, até este momento. A SES/SP como órgão gestor das bolsas e do SUS no estado foi questionada pelos responsáveis das instituições, até mesmo quanto à sua legitimidade em realizar tal ato.

A falta de demanda para determinadas áreas consideradas prioritárias aponta para a necessidade de se pensar em mecanismos diferenciados de tratamento dos residentes, a fim de garantir maior atração por essas áreas.

Esse processo evidenciou que se faz necessário inovar no que diz respeito ao credenciamento dos programas de residência médica, na forma de distribuição das bolsas e na priorização de áreas com baixa demanda, mas essenciais ao SUS. A Programação Pactuada Integrada (PPI), na qual a assistência médica é planejada conforme a disponibilidade da oferta de serviços e a necessidade da população de cada município e/ou região, utilizada como instrumento da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), é bastante elucidativa e deve ser considerada na revisão do processo de distribuição de bolsas de RM pela SES/SP.

Esse programa pode promover uma real e definitiva integração entre a necessidade de aprimoramento profissional na área médica e a adequada atenção à saúde da população. Enfim, pode-se ter no concreto aquilo que hoje se encontra mais numa perspectiva teórica: educação médica e atenção médica realmente integradas.

Referências bibliográficas

1. FISZBEYN, C. *A residência médica como formadora de recursos humanos para o sistema de saúde no Estado de São Paulo: uma visão crítica*, 2000. (Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – Departamento de Prática de Saúde Pública).
2. RESIDÊNCIA MÉDICA/GUIA 2000. Regulamentação da residência médica. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Júnior, 2000.
3. ELIAS, PEM. *Residência médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência*. São Paulo, 1987. (Tese de Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva).
4. COGME – site: www.cogme.gov. Acessado em 08/04.
5. SAMPAIO, SAP. A implantação da residência médica no Hospital das Clínicas: quarenta anos de história. *Residência Médica*. Estudos Fundap. São Paulo, 1984.
6. HAHN, N. S. A residência médica: um capítulo na história da formação profissional do médico. *Residência médica*. Estudos Fundap. São Paulo, 1984.
7. BEVILACQUA, R. G. Residência médica: uma visão pluridimensional. *Residência médica*. Estudos Fundap. São Paulo, 1984.
8. CNRM – site: www.mec.gov.br/Sesu/residencia. Acessado em 08/04.
9. FONSECA, C. D.; SEIXAS, P. H. D. A. Agenda Nacional de Recursos Humanos em Saúde. In: NEGRI, B. et al. *Recursos humanos em saúde. Política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, Instituto de Economia, 2002.
10. BARATA, L. R. B. et al. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde. Secretaria da Saúde, Governo do Estado de São Paulo, 2003.

Rede de recursos humanos em saúde: os nós constituintes da integralidade em saúde

Maria Ysabel Barros Bellini, Décio Ignácio Angnes e Suzane de Mendonça e Silva

Introdução

A implementação das tecnologias intelectuais impõe neste momento histórico um pensar sobre o impacto destas na vida humana. Se a ciência está evoluindo aceleradamente, ela é conseqüência dos atos dos homens, ela é uma construção humana, e, portanto, determina uma preocupação quanto aos princípios éticos que irão nortear o uso dessas descobertas.

Num contexto de relações intensas que se estabelecem a partir das significativas transformações sociais vividas, apontam-se condições cada vez mais mutantes, e como rebatimento assistimos diariamente à elaboração de recursos materiais que buscam a satisfação e a ocupação dos espaços e dos desejos dos sujeitos sociais.

O desenrolar do viver no cotidiano contemporâneo expressa em velocidade, imediaticidade e, conjuntamente, em desagregação e distanciamento a repercussão do uso e do não-acesso ao uso das tecnologias. O isolamento até então com conotação de afastamento físico vem significando atualmente a não-inserção nos novos espaços de relação social construídos por meio das redes informatizadas. O campo profissional, intimamente vinculado à história social de transformações, hoje se torna reflexo dos grandes questionamentos sobre as estruturas de apropriação, produção e divulgação dos saberes. Afinal, o que são as práticas profissionais senão a forma de responder às necessidades humanas? Essa consideração, apesar de parecer um tanto óbvia de imediato, num plano de análise aprofundado, remete-nos aos desvendamentos de quais são as reais necessidades do ser humano e como estas podem (e se podem?!) ser satisfeitas.

A saúde com conotação de qualidade de vida anunciada na Carta Magna de nosso país exige condições objetivas e também subjetivas de transformação da realidade sustentada até o momento. Tais transformações necessitam ser

exaustivamente discutidas não unicamente nos ambientes acadêmicos e de gestão. Devem ser debatidas amplamente com todos os sujeitos envolvidos, ou seja, a população em geral. Para tanto, necessitamos pensar formas viáveis de participação nas atuais discussões.

O profissional de saúde desse tempo constrói-se dentro de espaços e saberes diversificados e insere-se em contextos que determinam o agir profissional e demandam qualificação constante para atuação coerente com as necessidades concretas do real cotidiano. São essas as questões que se prestam à análise neste ensaio, e com elas procura-se traçar inicialmente um breve panorama das dimensões que perpassam o campo da saúde e condicionam o fazer profissional.

Como proposta de resposta a esses apontamentos, traz-se a iniciativa de pesquisa em curso realizada na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, tendo como objeto de estudo a Rede de Recursos Humanos da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES), em nível de especialização, mestrado e doutorado.

O convite que nos cabe fazer é a disposição para o envolvimento com a discussão que propomos, imbuindo cada palavra escrita de um significado particularizado, consonante com suas experiências profissionais e de vida no mundo contemporâneo.

Saberes e fazeres: as verdades que construímos

As tecnologias sempre estiveram presentes na vida dos homens. A sociedade oral primária dispunha de um aparato tecnológico intelectual que fazia parte do cotidiano daquela época. A palavra era artefato principal e cumpria o papel da memória social. Dessa forma, a carga emocional dos relatos sustentava memórias que sobreviviam longamente.

Na sociedade da escrita surgem o alfabeto e a impressão, com um papel fundamental na transmissão de formas de viver, pensar, conceber e construir conhecimento. É estabelecido de forma pontual um novo tipo de comunicação, e com ele a possibilidade de os conhecimentos construídos serem utilizados separados do contexto que os produziu. Inicia-se assim a possibilidade da socialização do conhecimento.

Na viagem do túnel do tempo, chega-se à sociedade da rede digital ou da digitalização. Na relação que se estabelece com a construção do conhecimento significa que este é dinamicamente utilizável, modificável e multiplicável, e seu uso é imediato. Isso aponta uma vantagem quanto à

possibilidade e estímulo à criação e à indisponibilidade quanto a situações que já estão instituídas. Porém, na mesma medida torna tudo instável e passível de destruição.

Admite-se, então, que a tecnologia é invenção do homem, o qual, no seu processo de construção, necessitou e criou respostas às suas necessidades, sendo o uso das tecnologias também um processo humano, uma opção humana. Como o homem, ou como cada um, vai utilizar as novas ferramentas que tem disponibilizadas é uma decisão humana, a máquina não tem condições de decisão, "a qualidade do processo de apropriação (ou seja, no fundo, a qualidade das relações humanas) em geral é mais importante do que as particularidades sistêmicas das ferramentas" (Lévy, 1999, p. 28). Uma técnica não decide ser boa, má ou neutra, esse significado é determinado pelo uso da técnica em si, ou seja, pelo ato humano (Lévy, 1999, p. 26).

A verdade mais esperada e útil é a última, a mais recente, a que responde aos anseios e às buscas do momento. Os diferentes saberes não são propriedades, são mais valorizados quanto mais conhecidos, socializáveis e disponíveis.

A ruptura com a forma clássica de conceber conhecimento aponta para um novo tempo na busca pela verdade. O conhecimento ressignifica-se quando se torna socialmente útil, expressando a compreensão da diversidade como um elemento fundante e como forma de romper com a violência da imposição de valores culturais e científicos únicos, absolutos (Araújo, 2003).

O conhecimento, portanto, configura-se como elemento central nas discussões cotidianas, tornando a atuação profissional um movimento constante de leitura crítica do real e proposição de estratégias de enfrentamento do que por hora observamos como problema. Ajustando o foco de análise para a área da saúde, igualmente podemos observar a interferência das novas condições de relacionamento social delimitando novas dimensões do que entendemos como "atenção à saúde".

Nesse sentido, quer-se sinalizar que o movimento dialético de partir da particularidade para uma totalidade e retorno à particularidade, aliado ao movimento de *detour* caracterizado como volta ao passado, à história, leva certamente à conquista de um novo patamar de compreensão do mundo de significados alimentado pela concepção de saúde que é legitimada cotidianamente.

Objetivamente, quer-se demonstrar que falar ou atuar no campo da saúde, progressivamente vai requerendo a apropriação de saberes ampliados e diversificados, visto a amplitude que o tema apresenta. Compreendendo-a

como um conjunto de aspectos que envolvem condições materiais e subjetivas condicionantes do estado de saúde, observamos, então, a relação intrínseca que se estabelece com a satisfação das necessidades humanas.

Nesse caminho já construído, observam-se marcas de lutas constantes entre projetos societários antagônicos – medicalização X cuidado à saúde –, movimentos de resistência – reforma sanitária –, avanços – SUS –, retrocessos – não efetividade plena do sistema – e, sobretudo, transformações intimamente vinculadas aos interesses político-econômicos dominantes.

O anúncio de saúde trazido pela Constituição Federal de 1988 apontou para um horizonte pouco visualizado na atual realidade. Construir condições para a garantia da qualidade de vida perde-se em meio a demandas tão anteriores que representam uma estrutura social incrivelmente desigual como a que vivenciamos. Para além da atribuição de formas organizativas de gestão de planejamento efetivas, percebe-se ser preciso ampliar e aprofundar o saber sobre a saúde. Afinal, o que realmente se entende por saúde?

Acredita-se inicialmente que a visão de saúde como ausência de doença já tenha sido superada. No entanto, não podemos entender que a atenção à saúde como condições objetivas e subjetivas de vida em grupos sociais diversos, que pressupõe uma transformação no cerne das relações e representações sociais, já possa ser observada concretamente.

Discutir saúde é entrar num campo culturalmente condicionado, que necessita também de abordagens de origem filosófica e antropológica para sua apreensão. À medida que se avança no entendimento dessas questões, simultaneamente se percebe a carência de meios para atendê-las, e com isso formulam-se novas propostas. Saúde é também ou principalmente construto social, e por esse motivo tem representação e é sustentada por intermédio dos grupos sociais que a assimilam de uma forma ou de outra.

Nesse sentido, é preciso considerar o senso comum como conhecimento originado da prática cotidiana e voltado para ela, imbricando-se com a cultura e possuindo penetração direta no imaginário social sobre saúde, exemplificado no tratamento de doenças baseado em conhecimentos que perpassam gerações e se sustentam pela familiaridade existente nos grupos sociais. O conhecimento em saúde diz respeito a um complexo sistema de profissionais e processos, e assim a informação toma a "cara" da cultura local (Araújo, 2003).

Nesse ponto, as redes de comunicação exerceriam importante papel na publicização da ciência. A falta de conhecimento em saúde abre espaço para a coisificação e a reificação de seu sentido pelos meios de comunicação de

massa, servindo para os interesses mercantis, massificando o consumo de bens para a saúde e desvirtuando sua compreensão social (Araújo, 2003).

Existe então uma aceitação social do que é saúde e doença. Tendo assim uma dimensão cultural, a representação social de saúde e doença é criada e sustentada por indivíduos, grupos e instituições, podendo ser transformada por meio da interatividade destes (Araújo, 2003). É nesse ponto que se precisa atuar, visto que o cenário dessa percepção é sem dúvida a constituição das relações de poder, que se mostra como a essência da organização das práticas de saúde em todos os níveis. Afinal, o poder de dominação da vida é expresso objetivamente na manipulação das condições e das representações da saúde.

É nesse contexto que se inserem os profissionais da saúde como agentes e também como receptores das transformações nesse campo. Talvez se possa dizer que hoje há um enfrentamento de maiores dificuldades nessa realidade, pois o que não se pode negar é o alto nível de complexidade que as interfaces da saúde comportam.

O termo recurso humano em saúde, ao remeter à idéia de planejador e executor de ações em busca de administração e melhoramento destas, ainda que se mostre como um conceito ampliado, permite a consideração de que existem entendimentos não explorados até o momento que necessitam ser construídos rapidamente.

Esses aspectos progressivamente se apresentam indispensáveis ao trabalho contemporâneo, pois o conhecimento construído até o momento não satisfaz em plenitude a realidade desses recursos humanos. Materializar a condição na qual o trabalho em saúde se realiza delimita um pequeno espaço para os rebatimentos psicossociais que a compõem.

Nesse sentido, afirma-se que os recursos humanos da área são desafiados no cotidiano do trabalho a construir mediações nos processos histórico-sociais, com instrumentos algumas vezes restritos à execução de procedimentos técnico-operacionais. Resultante dessa situação, pode-se pensar seja a necessidade da formação dos profissionais da saúde em relação à realidade concreta de trabalho que irão encontrar. Com essa afirmação não se busca reduzir os esforços que são feitos na aproximação da formação profissional com o real, quer-se apenas situar a abrangência que a discussão sobre a realidade de recursos humanos da saúde apresenta.

Ainda analisando o desafio desse profissional, situa-se outra discussão com igual relevância, relativa à perspectiva da interdisciplinaridade. A concepção de um conhecimento que transcenda a fragmentação estabelecida até hoje se mostra como perspectiva de construção de saberes integradores,

dinamizadores, totalizantes. Um novo horizonte abre-se para o conhecimento e as áreas profissionais. A concretização dessa proposta é orientada pela diversidade e pelo movimento da realidade.

Como nos aponta Etges: "A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão e exploração de seus limites, mas acima de tudo é o princípio da diversidade e da criatividade" (On, p. 157). Vislumbra-se aqui um grande elo entre a perspectiva de construção de conhecimentos por meio da interdisciplinaridade e os pressupostos metodológicos do trabalho em rede.

Aponta-se nesse momento para a materialização de práticas profissionais iluminadas por esses pressupostos como forma consistente de trabalho nas relações estabelecidas nos espaços socioinstitucionais ocupados.

O movimento do cotidiano no campo da saúde impõe às áreas profissionais o desafio de transpor limites historicamente instituídos pela organização da ciência moderna na construção e na apropriação do conhecimento. Romper com práticas cristalizadas de fronteiras rígidas entre a atuação e a "posse" do saber do outro coloca ao profissional a necessidade de construção de estratégias que levem em conta as diversas dimensões que compõem a prática no campo da saúde.

Atualmente, vive-se um novo contexto de relações sociais e ciência, e desse modo urge a necessidade de buscar conhecer cada vez mais esses novos processos e novas práticas, visto que essa transformação sócio-histórica já está presente no cotidiano e, portanto, já existe íntimo envolvimento, surgindo demandas por essas novas realidades de rupturas quando ainda se utilizam antigos padrões de comunicação e viver.

Entende-se que desses espaços emerge a necessidade de se pensar sobre novas formas de participação na vida em sociedade e de que forma se configura o acesso ou o não-acesso a esses espaços e qual o rebatimento dessa situação na construção da história social brasileira. Com esse panorama, é indiscutível a necessidade de reformulações nos perfis profissionais para que andem de acordo com as transformações que ocorrem diariamente e com isso a visão de um conhecimento mutante, que faz cair por terra definitivamente o racionalismo positivista dominante até hoje em relação às ciências.

Campo profissional: instrumentalidade em construção

O entendimento teórico sobre a instrumentalidade do profissional é requisito fundamental para a discussão que se busca realizar cotidianamente no processo de planejamento das ações que são desenvolvidas. Por conseguinte, coloca-se no cerne da discussão o questionamento da instrumentalidade como mediação das características sociais refletidas no cotidiano da vida e demandantes de ações interventivas para sua transformação.

Os profissionais de saúde em geral trabalham com sujeitos dotados de histórias de vida marcadas de diferentes formas e profundidade pelas características dos processos sociais que constituem a vida social. As profissões, por sua vez, são produto da organização do trabalho nessa mesma vida social e, por esse motivo, também servem como veiculadoras do modo de vida contemporâneo e buscam se modelar às necessidades que se transformam dia-a-dia.

Como se pode intervir numa realidade em constante movimento? Talvez se faça essa pergunta, e entende-se ser esta uma questão central para a discussão e a reflexão sobre a instrumentalidade constituída pelo campo da intervenção na área da saúde. Os instrumentos e as técnicas pouco serviriam como resposta ao que se busca se neles não fosse possível imprimir "movimento", sendo esta uma das razões do enorme desafio cotidiano posto a esses profissionais. Hoje, tem-se algumas particularidades que não eram presentes há apenas uma década, e essas diferenças interferem substancialmente na adequação das propostas profissionais, visto que o que é dito como movimento é uma característica de suma importância na análise da realidade contemporânea.

A velocidade das transformações é atribuída à "nova" revolução, vivenciada desde os anos 1990 com o avanço tecnológico. Com essa compreensão, é considerada imprescindível a utilização de métodos que levem em conta essa realidade multidimensional. Por motivo desse entendimento, a constituição da instrumentalidade como conjunto de mediações pressupõe a organização e a operacionalização de um planejamento que coordene todo o processo de ação-reflexão-ação necessário à materialização dos preceitos ético-políticos e teórico-metodológicos que iluminam a prática profissional.

O planejamento do qual se fala não se trata unicamente da organização de análises de condições concretas para desenvolvimento do que é proposto

como adequado. Salientam-se aqui as dimensões subjetivas que compõem o real, e por isso um outro elemento apresenta-se como parte integrante do processo de planejar: a definição de estratégias que abranjam intencionalidades e meios de viabilizá-las, tendo em vista as necessidades imediatas para atingir o mediato (Baptista, 2000).

Observa-se nesse ponto a importância de reafirmar que o processo constitutivo da instrumentalidade das profissões tem como imperativo a utilização de estratégias que permitam incorporar o movimento que representa a processualidade histórica do objeto de intervenção de cada uma delas.

Compreendendo tal movimento, é quase dispensável apontar que essa produção de mediações no real tem como caráter central seu inacabamento e constante transformação em consonância com o que é identificado como historicidade, contradição e por pertencer a totalidades maiores. Para tanto, é preciso de início delimitar o socioinstitucional no qual é construída tal discussão, como forma de entendimento dos limites e das possibilidades existentes nesse contexto.

Escola de saúde pública: *locus* do debate

O espaço de análise e inserção que viabiliza a discussão trazida consiste na Escola de Saúde Pública-RS (ESP), vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, como campo de pesquisa e planejamento na área da saúde. Nessa dimensão, emergem outras necessidades, sobretudo o aporte teórico para a prática investigativa, o que de fato imprime o ritmo dessa experiência. Os movimentos que são realizados em torno do objeto de estudo da pesquisa de muitas formas apontam para um entendimento estreitamente relacionado às questões anteriormente apontadas, sendo nesse momento com um ângulo de visão da organização, planejamento e formação de recursos humanos num nível de sistemas de informação sobre o tema.

A ESP, sendo uma instância governamental estadual, foi criada em seu atual formato em 1962, configurando-se como uma projeção da Secretaria Estadual de Saúde (SES) no ordenamento da educação e na produção de conhecimentos em saúde coletiva. Como necessidade de formação e desenvolvimento estratégico na condução da política de saúde, busca-se garantir, mediante diversas ações, o constante aperfeiçoamento dos recursos humanos desse campo. O cotidiano institucional observado apresenta a característica de gestão e planejamento das ações de formação e qualificação,

ou educação permanente dos trabalhadores da saúde, abrangendo em alguns cursos os profissionais de nível médio.

A formatação dos cursos e o gerenciamento destes ao longo da história da ESP evidenciam a proposta de contemplar as necessidades da realidade de saúde brasileira, visto que o viés apresentado no direcionamento dos cursos, das especializações e das pesquisas dá visão à estreita relação desse órgão de formação com as solicitações atuais do SUS.

A demanda de realização da pesquisa, que posteriormente detalharemos, se justifica precisamente nos aspectos que são apontados agora, pois se observam no caminho percorrido até o momento a atualidade da discussão e a emergência de propostas variadas voltadas à área de recursos humanos na saúde.

Assim se sobressaem os elementos da realidade atual apresentada como as Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTICs), constituindo novos fluxos de comunicação e, dessa forma, transformando as relações sociais que são estabelecidas por esses meios. Por essa perspectiva de entendimento, aborda-se a seguir a proposta da pesquisa que se vem desenvolvendo nesse espaço e buscando responder de certa forma às necessidades observadas até o momento.

Rede de recursos humanos: a pesquisa como estratégia

Como proposta de ação no campo dos recursos humanos da saúde, desenvolve-se nesse momento a pesquisa intitulada Rede de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde em Nível de Especialização, Mestrado e Doutorado. A operacionalização dessa rede é iniciada na constituição de um banco de dados com essa característica de informação.

O contexto da saúde brasileira, após profundas modificações advindas da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, evidencia situações ainda precarizadas e fragilizadas diante de um movimento político-econômico que busca a eliminação da universalidade de acesso, da igualdade e da equidade garantidas em lei, coexistindo nesse espaço temporal a busca da consolidação do direito sanitário por meio de inúmeras estratégias em diferentes instâncias de participação.

Essa "luta" entre projetos societários reflete-se diretamente nas práticas de saúde em níveis de gestão e atendimento direto ao usuário. De acordo com esses movimentos superficialmente salientados, vislumbra-se a iniciativa da pesquisa como uma demanda do próprio sistema de saúde atual na intenção

de concentrar esforços na formação e na articulação dos diferentes profissionais que constituem o quadro de recursos humanos da saúde.

A necessidade de profissionais capacitados para o trabalho na realidade complexa do sistema de saúde brasileiro dá os contornos desse movimento de aproximação e aprofundamento das discussões acerca da temática com vistas à elaboração de estratégias e planejamentos que potencializem os espaços de formação e inserção dos profissionais da saúde.

Considerando as Novas Tecnologias de Informação e Comunicação como novos espaços de atuação cada dia mais presentes e indispensáveis no relacionamento da vida social com as transformações históricas dos tempos, vê-se a consistência – ainda que virtual – da proposta de construção de meios facilitadores de comunicação pessoal/profissional. Aponta-se que essa proposta não se encerra em si mesma, e sequer limita seu uso aos gestores das políticas de formação e qualificação.

Conforme conhecimentos já evidenciados em estudos desenvolvidos no Cadrhu (Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde), as informações sobre recursos humanos disponíveis nessa área estão fragmentadas em diversos sistemas, não fidedignos, os quais não são gerenciados diretamente pelo departamento responsável.

A informação traz a idéia de agente mediador na produção de conhecimentos. Os sistemas de informação são processos de produção de informação e comunicação aos atores para análise e geração de conhecimento. O banco de dados é um agrupamento organizado de dados e um dos principais componentes do sistema (Cadrhu, 1999).

Nessa pesquisa, são levantadas para a definição do caminho metodológico três categorias de análise: Redes/Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTICs), Observatório de Recursos Humanos em Saúde e Recursos Humanos em Saúde. Para tanto, foram elaborados após densa pesquisa bibliográfica conceitos que orientam e expressam o entendimento acerca de cada uma e com as quais buscaremos trabalhar.

Quadro 1

Redes/ NTICs	Observatório de Recursos Humanos em Saúde	Recursos Humanos em Saúde
<p>Entendemos redes no atual contexto de comunicação e informação como: entrelaçamento de sistemas e/ou conjuntos constituídos por relações horizontalizadas, dinâmicas e inter-relacionadas. Vias de comunicação e informação flexíveis, descentralizadas, que atuam na articulação social, instrumentalizando práticas por meio do espaço virtual.</p>	<p>Entendido como organização sociogovernamental com vistas à produção e à difusão de conhecimentos referentes à temática de recursos humanos em saúde. Ocupa-se com o acompanhamento e o desenvolvimento de articulações sobre os processos complexos que circundam a formação e a utilização dos recursos humanos em saúde. Favorece a criação de espaços e de redes sinérgicas de gestão e pesquisa na área de recursos humanos em saúde.</p>	<p>Visto como o sujeito protagonista dos processos de organização, planejamento, gestão e práticas em saúde. Agente profissionalizado e/ou especializado em saúde, comprometido com a construção e a garantia de práticas universalistas, integralizantes e equitativas. Capacitado a atuar na defesa e na consolidação do SUS.</p>

Trazem-se agora os objetivos geral e específicos da pesquisa. Objetivo geral: mapear a rede dos recursos humanos da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul em nível de especialização, mestrado e doutorado e criar de um banco de dados. Objetivos específicos: identificar os recursos humanos existentes na SES com formação em nível de especialização, mestrado e doutorado; identificar os recursos humanos qualificados pela ESP nos diferentes níveis; criar um banco de dados da SES que identifique esses recursos humanos e permita a atualização dos dados pelos próprios profissionais; articular esses recursos humanos e potencializar a participação nas atividades da ESP e nas atividades da SES em geral. Entende-se que:

- *Na saúde atual*: tecnologias de informação e comunicação + realidade desigual + invisibilidade de qualificação dos profissionais da saúde = novas demandas e possibilidades;
- *Ação*: redes + capacitação para uso de tecnologia de informação e comunicação + visualização do panorama profissional da saúde + pesquisa/estudos = planejamento e articulação de políticas e programas que contemplem necessidade atuais;
- *Perspectiva*: pesquisa + planejamento + participação = constituição de novas competências para atuação na realidade atual.

Levantam-se como hipóteses:

- Os recursos humanos da Secretaria Estadual de Saúde não fazem parte de um sistema informatizado que permita a comunicação e a informação. Determina-se, assim, um isolamento desses profissionais e a subutilização das qualificações profissionais presentes.
- O observatório de recursos humanos implementa e dá visibilidade a ações diversas, como o incentivo à qualificação profissional, favorecendo a constituição da rede de recursos humanos em saúde. A análise dessa realidade é fomentada por indicadores das demandas e das necessidades de saúde.
- A constituição de redes de comunicação por meio de sistemas informatizados viabiliza aos profissionais de saúde grande agilidade no acesso a informações relativas ao panorama de recursos humanos em saúde, possibilitando, assim, a visualização e o planejamento de ações específicas na área.

O problema de pesquisa é então: Como se configura a rede de recursos humanos em saúde em nível de especialização, mestrado e doutorado?

Dessa forma, avalia-se como articulações que viabilizam condições de ampliação e intervenção na realidade de recursos humanos da saúde:

- plena integração com a Rede de Observatórios de Recursos Humanos da Saúde, com vistas à produção de conhecimentos e à utilização dos dados para fomento ao planejamento de atividades diversas;
- viabilização da atualização permanente dos dados garantida sua fidedignidade;
- estímulo ao profissional na atualização dos dados pela disponibilização destes em meio acessível a todos, possibilitando ao gestor otimizar o potencial dos recursos humanos, bem como subsidiar políticas na temática.

Momento atual da pesquisa

Na condução dessa pesquisa, ampliou-se a articulação com o Departamento de Informática dos Recursos Humanos/SES/RS, provocando um repensar sobre a forma como têm sido coletados e organizados os dados referentes aos recursos humanos, numa nova perspectiva de inserção de informações sobre a formação profissional e especializações posteriores ao ingresso como servidor.

Realizaram-se três reuniões com este departamento, nas quais discutiu-se o novo documento de cadastro que contemplasse as necessidades do banco de dados dessa pesquisa. Em duas visitas feitas, buscou-se a aproximação com o sistema de inserção e o banco de dados em utilização. Em meados de julho, houve uma reunião convocada pelo coordenador do departamento com os profissionais administrativos responsáveis pela difusão e pela coleta das informações solicitadas. Para esse momento, foi produzido um *folder* (anexo) explicativo da pesquisa para garantir o entendimento e o envolvimento desses importantes atores nesse contexto. Neste momento, discute-se a possibilidade de acesso da ESP ao banco de dados da Secretaria Estadual de Saúde, garantindo os preceitos éticos que orientam a publicação de informações de servidores. Para tanto, tem-se como estratégia a publicação de todos os servidores, e a negativa será feita individualmente aos que não demonstrarem interesse em participar.

Nos dados colhidos até o momento, observa-se a composição de 36 doutores; 106 mestres e 806 especialistas. No entanto, foram constatados a repetição e a subtração de nomes de acordo com as planilhas disponibilizadas. Sendo assim, segue o movimento de tratativas com os departamentos envolvidos para acesso e trabalho nos dados brutos e a construção de uma banco de dados fidedigno e completo.

Estação de trabalho: atando nós

Diante da vinculação da ESP com a Rede de Observatórios de Recursos Humanos da Saúde, impôs-se nesse momento a estruturação desse espaço como Estação de Trabalho, determinando a elaboração do plano diretor contendo projetos que buscam o fortalecimento desse nó de articulação da rede estadual. O plano diretor é entendido conforme coloca Pontual (2004): "conjunto de diretrizes relacionadas a um fato ou coisa", que pode ser ampliado como [...] "pacto entre atores sociais (Matus, 1989); mecanismo de controle dos governantes (Foucault, 1993); discurso de legitimação das práticas dos formuladores (Manheim, 1986 e Schmidt, 1983)".

Trabalhou-se na perspectiva de contextualização institucional por meio da historicidade desse espaço dando visibilidade à convergência de olhares e ações entre a ESP e a Rorhes. Apontaram-se as demandas dessa nova realidade de trabalho voltada à construção de canais de conhecimento. Definiu-se como objetivo geral "construir e consolidar o espaço da Escola de

Saúde Pública enquanto ponto dinamizador dos vínculos sul-riograndenses constituintes da Rede de Recursos Humanos da Saúde", tendo como metas estruturantes: realizar mapeamento diagnóstico da realidade de intervenção da Estação ESP; identificar pontos potenciais de articulação para ações em recursos humanos da saúde; fortalecer pontos de articulação para o desenvolvimento pleno de ações na temática; definir as atribuições e as competências dos atores e dos agentes da rede estadual interventiva na realidade de recursos humanos da saúde; elencar os projetos prioritários para realização mediante constatação do diagnóstico contextual. E como metas temporais: alcançar os objetivos propostos nos projetos específicos em curso; seguir as diretrizes estruturais de atividades da Estação ESP; contribuir para a consolidação da Estação ESP por meio dos resultados das pesquisas sobre a realidade estadual.

As linhas de pesquisa globais eleitas são extraídas das demandas contemporâneas presentes e verificadas nesse órgão formador. São elas: perfil identificatório da formação profissional dos recursos humanos da saúde; qualificação dos recursos humanos da saúde ante as demandas contemporâneas; espaços de atuação dos recursos humanos da saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Elencamos como forma de acompanhamento e avaliação: indicadores de resultado e indicadores de impacto social demonstrados por meio de relatórios e publicações periódicas em meio eletrônico.

Considerações finais... iniciais!!

A Escola de Saúde Pública tem a responsabilidade de fomentar a educação em saúde pública, criando ações de ensino, pesquisa, extensão e documentação, qualificando os servidores nas suas práticas, voltados às demandas das comunidades. Essa responsabilidade é consentânea com as prerrogativas do Ministério da Saúde, que apóia a Integralidade da Atenção à Saúde, privilegiando um olhar sobre as equipes, sobre a rede de serviços e sobre os saberes e as práticas produzidos no campo da saúde.

Nessa perspectiva, essa pesquisa coloca-se como mais uma ferramenta de conhecimento/apropriação da realidade dos recursos humanos da saúde, possibilitando um novo pensar sobre a potencialização desses recursos por meio dos seguintes vetores de mudança: conhecer a realidade e as ações inter-setoriais, tendo como fim maior a educação permanente em saúde. A dimensão ampla de trabalho na essência das práticas em saúde perpassa, por conseguinte, o reconhecimento do contingente humano que "faz saúde".

O campo da saúde tem uma trajetória histórica percorrida lado a lado das conquistas sociais e, por esse motivo, torna-se objeto de estudo, área de atuação e realização. Sendo a ESP comprometida com a construção de práticas sociais voltadas à transformação da realidade desigual que se apresenta hoje, mostra-se dessa forma intimamente vinculada às discussões apontadas no decorrer deste ensaio.

Com isso, percebe-se a presente produção como um alerta para novas "portas", novas "janelas", ou seja, um novo horizonte que se abre para o conhecimento e as áreas profissionais. Diante do panorama traçado, é quase dispensável salientar a importância do envolvimento de todos na discussão apresentada. Os elementos abordados evidenciam um mundo transformado e transformante, inconstante, fascinante. Os chamamentos são diários, intensos...

Anexo

REDE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

Buscamos a constituição de uma rede virtual de comunicação e articulação entre os diferentes envolvidos na área da saúde, a fim de garantir fluxos de informações com perspectivas de socialização e otimização das características profissionais do panorama de recursos humanos em saúde da Secretaria Estadual de Saúde através da utilização de uma banco de dados, tendo em mãos, dados da realidade da qualificação profissional podendo assim, identificar expressivamente as características desses agentes no momento atual.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

- MAPEAR A REDE DOS RECURSOS HUMANOS DA SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL EM NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO E DOUTORADO E CRIAÇÃO DE UM BANCO DE DADOS.
- **IDENTIFICAR OS RECURSOS HUMANOS EXISTENTES NA SES COM FORMAÇÃO EM NÍVEL DE ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO E DOUTORADO.**
- **IDENTIFICAR OS RECURSOS HUMANOS QUALIFICADOS PELA ESP NOS DIFERENTES NÍVEIS.**
- **CRIAR UM BANCO DE DADOS DA SES QUE IDENTIFIQUE ESSES RECURSOS HUMANOS E PERMITA A ATUALIZAÇÃO DOS DADOS PELOS PRÓPRIOS PROFISSIONAIS.**
- **ARTICULAR ESSES RECURSOS HUMANOS E POTENCIALIZAR A PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DA ESP E NAS ATIVIDADES DA SES EM GERAL.**

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, José Wellington. Ciência e senso comum: a divulgação do conhecimento no campo da saúde. *Revista Perspectivas da Ciência da Informação*, v. 8, no especial, Belo Horizonte, dezembro 2003.
- BATISTA, Myrian Veras. *Questões que se colocam para a investigação na/da prática profissional*. Material didático, 1993.
- _____. Planejamento social: intencionalidade e instrumentação. São Paulo, 2000.
- BELLINI, Maria Ysabel Barros. Da contemplação à busca da reconstrução. *Fenômeno*. Uma teia de complexas relações. Porto Alegre. Edipucrs, 2000.
- BRAGAGLIA, Mônica. *Serviço social e interdisciplinaridade: uma questão em debate*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Pucrs, 1996.
- CASTRO, Raquel Cardoso. A sociedade em rede. *Revista Perspectivas da Ciência da Informação*, v. 8, no especial, Belo Horizonte, dezembro 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos. Brasília, 1999.
- DESAULNIERS, Julieta Beatriz Ramos. *Campo científico e formação de competências*. Disponível em [www.pucrs.br/textos e contextos](http://www.pucrs.br/textos_e_contextos). Porto Alegre, 2004.
- _____. O saber como moeda no novo mercado de trabalho. *Informação*. Pucrs, maio-junho, 2000.
- FAZENDA, Ivani. *Práticas interdisciplinares na escola*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- LÉVY, Pierre. *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- MORIN, Edgar. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Reforma do Estado: o SUS em reforma e os recursos humanos*. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos da saúde (Cadrhu). Natal, 1999.
- ON, Maria Lúcia Rodrigues. *O serviço social e a perspectiva interdisciplinar*. O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- RAUCH, Norberto. As fronteiras do nosso compromisso se ampliaram. Trabalho. *Informação*. Pucrs, maio-junho, 2000.

SÁ, Jeanete L. Martins de. Serviço social e interdisciplinaridade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, Suzane de Mendonça. *Comunicação e saúde: estratégia de ação na garantia de direitos sociais*. Inventário teórico-prático acadêmico. Porto Alegre: Faculdade de Serviço Social, Pucrs, 2004.