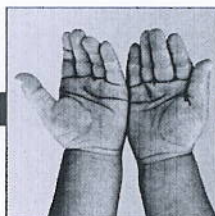
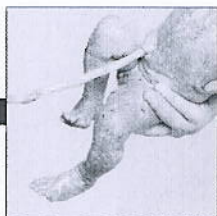


A SAÚDE NO BRASIL EM 2030

Diretrizes para a Prospecção Estratégica
do Sistema de Saúde Brasileiro



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ipea Instituto de Pesquisa
Econômica Aplicada

Ministério da
Saúde

Secretaria de
Assuntos Estratégicos

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Copyright © dos autores
Todos os direitos desta edição reservados
à FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Revisão
Irene Ernest Dias

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — *Obra Completa Comunicação*

Apoio técnico
Renata Macedo Pereira

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F981s Fundação Oswaldo Cruz

A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

323 p. : il. ; tab. ; graf.

ISBN: 978-85-8110-001-2

1. Sistemas de Saúde-organização & administração. 2. Política de Saúde.
3. Financiamento em Saúde. 4. Perfil de Saúde. 5. Força de Trabalho. 6. Serviços de Saúde.
7. Estratégias. 8. Brasil. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. II. Ministério da Saúde. III. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. IV. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10680981

Fundação Oswaldo Cruz
Avenida Brasil, 4.365
Pavilhão Mourisco, Manguinhos
21040-900 — Rio de Janeiro, RJ
Tel. (21) 3885 1616
www.fiocruz.br

Apoio editorial



FORMAÇÃO, REGULAÇÃO PROFISSIONAL E MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

O setor de serviços de saúde tem se caracterizado por uma série de traços estruturais interligados, dos quais quatro merecem destaque (GIRARDI, 1999). Em primeiro lugar, é um setor constituído por atividades eminentemente intensivas em mão de obra, a despeito mesmo do intenso dinamismo com que novas tecnologias são crescentemente incorporadas às suas práticas. Admitimos, ao contrário do que observamos em outros setores da atividade econômica, que novas tecnologias na saúde introduzidas — sejam novos produtos, instrumentos e equipamentos propedêuticos e terapêuticos, sejam novos processos — na maioria das vezes não substituem as tecnologias preexistentes, mas a elas se acrescentam; ao contrário de significarem economia de mão de obra, exigem novas qualificações para sua operação, fazendo crescer, ao final, a demanda efetiva por força de trabalho. Entre nós, uma série de autores já chamou a atenção para esse caráter cumulativo e não substitutivo da maior parte das tecnologias médicas.

Mantidos inalterados os fatores que atualmente estimulam o crescimento da demanda por serviços de saúde (especialmente o envelhecimento das populações e o aumento da eficácia das tecnologias médicas), os serviços de saúde tendem a aumentar seu peso, relativamente a outros setores da economia, na absorção da população economicamente ativa dos países. Nesse contexto, o emprego de força de trabalho no setor poderia cumprir um papel adicional às dimensões assistenciais curativas, preventivas, reparadoras ou de promoção da saúde, para as quais tais serviços estariam precipuamente voltados. Na verdade, na perspectiva da política social ou da macroeconomia, o setor tem um potencial suplementar de “amortecer”, por meio da geração de emprego e renda, o impacto social das tendências de crescimento do desemprego nas sociedades modernas.

Outro traço distintivo das atividades de saúde, observado em maior ou menor grau em todos os países, é a forte presença de profissões e ocupações regulamentadas e a vulnerabilidade da gestão setorial diante das normas do “mundo das profissões”. Desse segundo aspecto decorre que a regulação de grande parte da força de trabalho do setor escapa, em importantes aspectos quantitativos e qualitativos, tanto aos mecanismos autorregulado-

res dos mercados como aos desideratos da gerência organizacional (ou da burocracia) do setor. O aparato corporativo profissional, as universidades e o sistema educativo exercem papel decisivo na definição dos níveis da oferta e padrões de qualidade da força de trabalho do setor.

Comparado com outros setores econômicos, o setor Saúde apresenta uma peculiar inserção no sistema econômico. A alta repercussão social dos serviços prestados pelo setor, juntamente com seu peculiar dinamismo no que diz respeito à incorporação científico-tecnológica ao processo de trabalho, insere o setor de serviços de saúde numa zona de fronteiras amplas e pouco demarcadas “entre os sistemas de bem-estar social e os sistemas de inovação”.

As instituições que respondem a esses dois sistemas (a saúde pública, a seguridade social, as universidades e institutos de pesquisa, os laboratórios científicos, a rede de cientistas, entre outras) também desempenham papel importante na definição das regras de incorporação de trabalho ao setor. E mais uma vez aqui podemos dizer que esses são dois sistemas que, como no caso das profissões, se constituíram para superar as limitações da regulação de mercado.

São conhecidos os limites dos mecanismos dos mercados autorreguláveis, quer para atingirem os objetivos de equidade inscritos nos sistemas de bem-estar social, quer para obterem os graus de eficiência a longo prazo, propugnados pelos sistemas de inovação técnica.

Finalmente, um quarto traço estrutural das atividades do setor de serviços de saúde está relacionado com a preponderância da força de trabalho feminina, fenômeno observado em todos os países, especialmente naquelas atividades que envolvem o trato e o cuidado das pessoas, como a enfermagem. Com efeito, conforme veremos para o caso do Brasil, o setor de serviços de saúde é, dentre todos os setores de atividade econômica, o que mostra a maior participação de mulheres na composição do emprego.

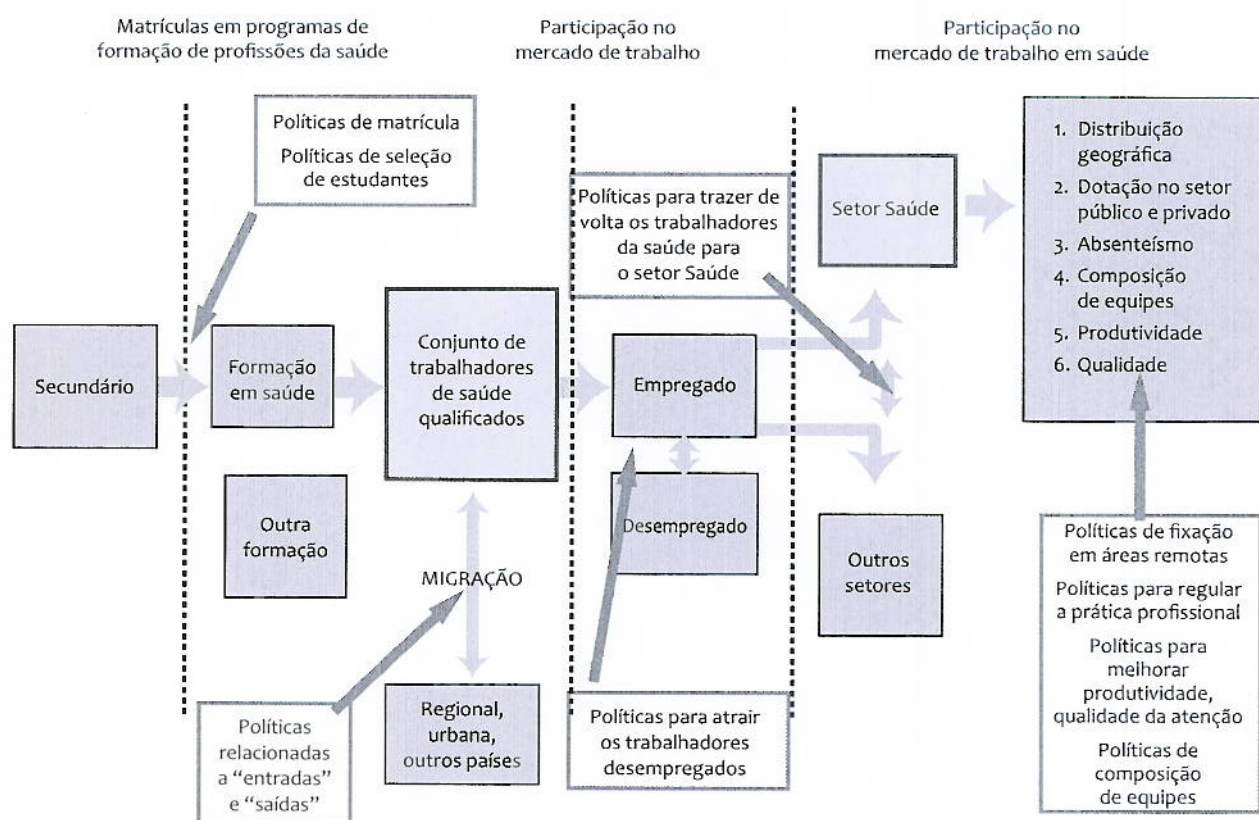
Assim, os trabalhadores em saúde compõem um conjunto grande e diverso de profissionais e técnicos influenciados por diferentes sistemas de formulação de políticas com autonomia, direcionalidade e centralizações próprias, não reguladas estritamente pelas políticas setoriais, pouco sensível à regulação de mercado, às leis da oferta e da procura e dos preços. O processo de trabalho em saúde depende, assim, de múltiplas e diferenciadas dimensões e fatores que cercam o financiamento, a organização e o desempenho dos sistemas de saúde. E, mais ainda, de profissionais com especificidades e habilidades distintas incorporadas no processo de trabalho e no desenvolvimento de um trabalho com características cada vez mais coletivas.

O objetivo das políticas para a força de trabalho em saúde é simples: conseguir que trabalhadores qualificados e com as habilidades necessárias estejam nos lugares adequados,

fazendo as coisas certas e, assim, manter a agilidade para responder a crises, corrigir as desigualdades atuais e antecipar o futuro.

O processo que leva à participação da força de trabalho no mercado de trabalho em saúde é permeado por uma série de momentos e passos, que começa com a formação secundária e passa pela definição progressiva da oferta das diferentes ocupações e profissões em saúde, com os diferentes mecanismos individuais e societários que influem nessas escolhas. O outro lado desse processo é dado pela demanda por serviços de saúde organizada nos diferentes componentes do sistema de saúde. A Figura 1 detalha cada um dos componentes do mercado de trabalho em saúde e identifica algumas opções de política que podem interferir na sua dinâmica.

Figura 1 — Dinâmica do mercado de trabalho em saúde



O processo de regulação profissional, entendido como uma política pública, é parte fundamental das políticas de saúde. Nesse contexto, as demandas atuais e futuras dos grupos profissionais por regulação de suas atividades devem ser consideradas à luz de alguns princípios, como eficiência, equidade, praticidade e responsabilidade, em nome do interesse da população (GIRARDI, 2002).

Por outra via, o mercado de trabalho em saúde depende de um contingente expressivo de trabalhadores sem formação ou habilitação específica para o setor, que desempenham funções auxiliares em diversos planos laborais (por exemplo, administrativos, legais), o que acentua as diferenças no plano da técnica e da responsabilidade pelo trabalho executado.

Essa composição múltipla é também acrescida de outros técnicos e profissionais, de áreas não especificamente correlacionadas com a prestação direta de serviços de saúde. Essa força de trabalho é cada vez mais incorporada ao sistema de saúde em decorrência de fatores como o desenvolvimento tecnológico (p. ex., em informática); a apuração de técnicas para aferimento dessa prestação de serviços viabilizadas por sistemas de controle e de custos (p. ex., por economistas e administradores especializados); e o aprimoramento e desenvolvimento de novas áreas (p. ex., a engenharia clínica), entre outros.

O setor Saúde foi o que mais ampliou a oferta de emprego na última década, continuando a ser utilizador intensivo de força de trabalho. No fim da década passada, o mercado de trabalho em saúde expandiu-se largamente via Estratégia Saúde da Família e atenção primária à saúde com prioridade para regiões menos assistidas (Nordeste, Centro-Oeste e Norte), envolvendo médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde comunitários.

Representando 5,9% do total de ocupados (IBGE, 2008), o macrossetor Saúde soma mais de 5 milhões de pessoas. O núcleo do setor referente à seção saúde humana registrou uma razão de 1,5 profissional da saúde para cada “outro trabalhador”, o que evidencia a forte profissionalização do setor. Na Administração Pública essa relação é de 2,8 profissionais cada trabalhador de outra área. Além do núcleo do setor, as atividades de comercialização foram as que mostraram o maior volume de ocupados, seguidas de atividades de saneamento, demais setores, atividades industriais, atividades financeiras e complementares.

O total do setor representa mais de 11% do mercado formal brasileiro, segundo os empregos formais registrados na Relação Anual de Informações Sociais (Rais) em dezembro de 2010, o que destaca a importância do setor para o mercado formal brasileiro. Como o número de outros trabalhadores da saúde no setor Administração Pública não foi estimado, é preciso destacar que esse percentual pode ser ainda maior (Tabela 1).

Tabela 1 — Número de vínculos formais de emprego, ativos em 31/12, no macrossetor Saúde, segundo classes de atividade. Brasil, 2010

	nº de vínculos	%
I – Núcleo do setor	3.648.011	71,97
Ia. Serviços públicos	2.089.787	23,10
Profissões e ocupações da saúde na administração pública	1.171.081	23,10
Outras profissões e ocupações *	918.706	18,13
Ib. Serviços privados	1.558.224	30,74
Atendimento hospitalar	899.458	17,75
Atendimento médico e odontológico ambulatorial	221.130	4,36
Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	151.767	2,99
Outras atividades de atenção à saúde	285.869	5,64
II – Atividades industriais de produção de insumos	143.028	2,82
Indústria farmacêutica	92.472	1,82
Indústria de equipamentos e materiais	50.556	1,00
III – Atividades de comercialização de produtos	517.781	10,22
IV – Atividades de financiamento (planos de saúde)	68.262	1,35
V – Atividades de saneamento	280.514	5,53
VI – Profissionais da saúde em ensino**	113.508	2,24
VII – Profissionais da saúde em outras atividades**	297.593	5,87
Total do macrossetor Saúde	5.068.697	100,00

* Valor estimado com base no percentual de outras profissões e ocupações, não saúde, nos serviços privados do núcleo do setor.

** Valor calculado com base no número de empregos das profissões e ocupações de saúde no setor de ensino, de um lado, e das demais atividades não listadas, por outro.

Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM/Nescon/FM/UFMG) a partir dos dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais).

O grupo ocupacional de enfermagem detém o maior número de empregos no macrossetor Saúde (129.905 enfermeiros, 729.717 técnicos e auxiliares de enfermagem). Os médicos detêm 473.705 empregos e os agentes comunitários de saúde, 236.631 (PIERANTONI e VIANA, 2010). As ocupações de nível médio que mais cresceram no período 2005-2010 foram a de técnico de enfermagem, com 18%, e a de cuidador de idosos, com 22,5%.

Em 2010, nas ocupações técnicas os valores da remuneração por hora de trabalho de saúde variaram de R\$ 17,60 entre os cuidadores de idosos a 44,35 entre os técnicos em óptica e optometria para 40 horas contratadas.

A demanda pelos cursos de saúde permanece elevada, especialmente no setor público, no qual a relação candidato/vaga é fortemente positiva (16,2 contra 1,9 no setor privado). Para o curso de Medicina, em 2008, a relação foi de 40,4 candidatos por vaga nas instituições públicas contra 10,8 nas privadas.

O aumento do número de formandos dos cursos de nível superior nas 14 áreas da Saúde, cotejado com as demandas específicas das populações dos estados e das regiões, indica diferenças regionais consideráveis na relação egresso/habitante. As regiões Sul e Sudeste apresentam os melhores índices na maioria dos casos e as regiões Norte e Nordeste, os piores.

De 1991 a 2008 o número de cursos na área aumentou 458%. Os cursos que mais cresceram foram os de Ciências Biológicas (649%), Nutrição (658%) e Fisioterapia (892%), e os que menos cresceram foram Medicina e Odontologia (121% e 137%, respectivamente).

Seguindo tendência mundial, as mulheres são maioria em todos os cursos da área da Saúde, exceto em Educação Física e entre os concluintes da Medicina. Porém, em 2007, as mulheres passaram a ser maioria também entre os ingressantes (56,3%) e os concluintes (54,7%) dos cursos de Medicina. Em Fonoaudiologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Nutrição as mulheres representam mais de 90% dos estudantes. Em quase nenhum dos cursos se observa diferença estatisticamente significativa entre o gênero de ingressantes e o de concluintes, o que indica uma estabilidade do aumento da participação feminina nos cursos da área.

O número de estudantes cujas famílias têm renda mensal de até três salários mínimos é maior no curso de Enfermagem, se comparado com os dos cursos de Medicina e Odontologia. A menor participação de estudantes nessa faixa de renda é observada entre os ingressantes dos cursos de Medicina. Entre os concluintes, em 2004 o menor percentual de estudantes com renda familiar de até três salários mínimos era observado nos cursos de Odontologia.

O número de vagas dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia ainda é predominantemente concentrado na região Sudeste, mas durante a última década as regiões Norte e a Centro-Oeste foram as que apresentaram maior crescimento. O número de vagas tem se mantido acima do número de egressos na última década, o que torna possível afirmar que as vagas não são preenchidas por completo e/ou há um alto percentual de desistência durante o curso.

Na última década houve grande crescimento do número de cursos e vagas dos cursos de graduação em Medicina, Odontologia e Enfermagem, predominantemente os de natureza privada. No caso das vagas para cursos de Enfermagem essa diferença no crescimento foi muito mais acentuada (1.100 % nas escolas privadas e 132% nas escolas públicas).

Apesar do crescimento expressivo, ainda há uma distribuição bastante irregular das vagas dos programas de residência médica oferecidas nas diversas regiões do país. Tal distribuição acompanha, na maioria dos casos, a distribuição dos vínculos dos médicos especialistas nas regiões, mostrando sempre uma grande concentração nas regiões de maior desenvolvimento econômico. As vagas credenciadas de residência médica se distribuem de forma bastante semelhante à dos médicos em atividade, o que mostra a importância do mercado de trabalho como determinante do estabelecimento de programas e vagas (SEIXAS, CORREA e MORAES, 2011; CAMPOS, 2011).

Além disso, a análise dessa expansão nos últimos cinco anos mostra que tem ocorrido um aumento menos expressivo de vagas credenciadas em áreas consideradas básicas (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Medicina de Família e Comunidade), com tendência de abertura de vagas em áreas mais especializadas.

Atualmente, 35% das vagas credenciadas são oferecidas por instituições estaduais, 30% por instituições federais, 8% por instituições municipais e o restante (27%) por instituições privadas. Considerando-se que a maioria das vagas em instituições privadas é custeada pelo poder público, torna-se claro o predomínio do financiamento público na formação médica especializada.

A maioria dos médicos egressos dos programas de residência médica permanece nos mesmos estados onde realizaram seu programa (80%). São Paulo é o principal fornecedor para todos os estados, exceto Rio de Janeiro, que também aparece como importante formador, seguido de Minas Gerais.

A região Centro-Oeste foi o grande polo de atração de especialistas do país nesta década, com destaque para Tocantins, com crescimento de 877%, entretanto com uma formação local ainda muito baixa (crescimento urbano decorrente da expansão da fronteira agrícola).

Registre-se que o Brasil é um dos poucos países que têm políticas intersetoriais para reformar graduação e residência, mas, aparentemente, tais iniciativas ainda são incipientes diante da demanda.

Cerca de 15 mil médicos se formam anualmente no Brasil, mas há uma carência de profissionais para áreas de atenção básica. Faltam profissionais interessados em pediatria, geriatria, clínica e genética médica. Por outro lado, algumas especializações são bastante procuradas, como dermatologia, principalmente estética, oftalmologia, anestesia e cirurgia plástica (GIRARDI, 2009).

Há, claramente, uma tendência ao acirramento de desequilíbrios no mercado de trabalho em saúde e desigualdades no que diz respeito tanto às especialidades básicas no âmbito

da APS quanto às especialidades clínicas, cirúrgicas e às especialidades de apoio diagnóstico e terapêutico, mesmo porque sua distribuição deve ser diferenciada mesmo entre regiões, tamanho e grau de desenvolvimento dos municípios etc.

Com base em dados dos censos populacionais e dos conselhos profissionais, mantidas as tendências atuais de formação e mercado de trabalho, a projeção é de crescimento da oferta e da densidade *per capita* de médicos e enfermeiros, como mostram os gráficos 1 e 2. O número de médicos tende a crescer dos atuais 1,7 para um valor entre 2,3 e 3,5 por 1.000 habitantes, enquanto os enfermeiros passariam dos atuais 0,7 para algo entre 2,4 e 4,0 por 1.000 habitantes.

Gráfico 1 — Projeção da densidade *per capita* de médicos por 1.000 habitantes. Brasil, 1970-2030

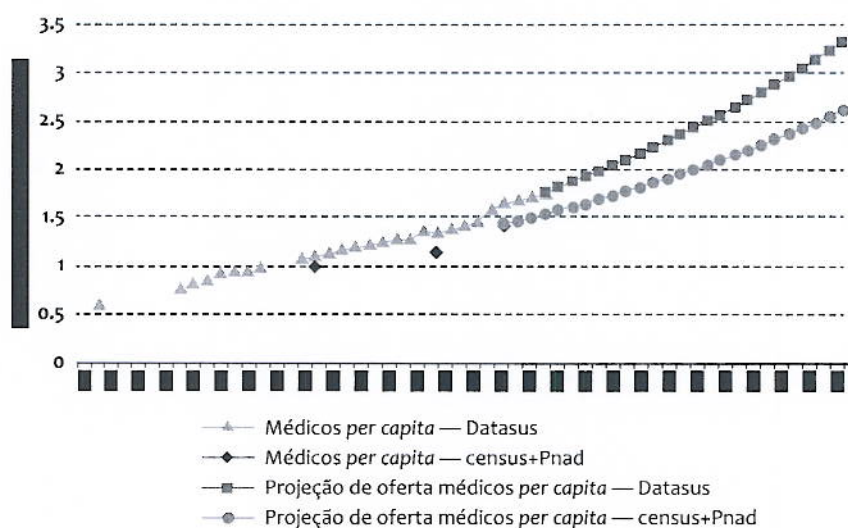
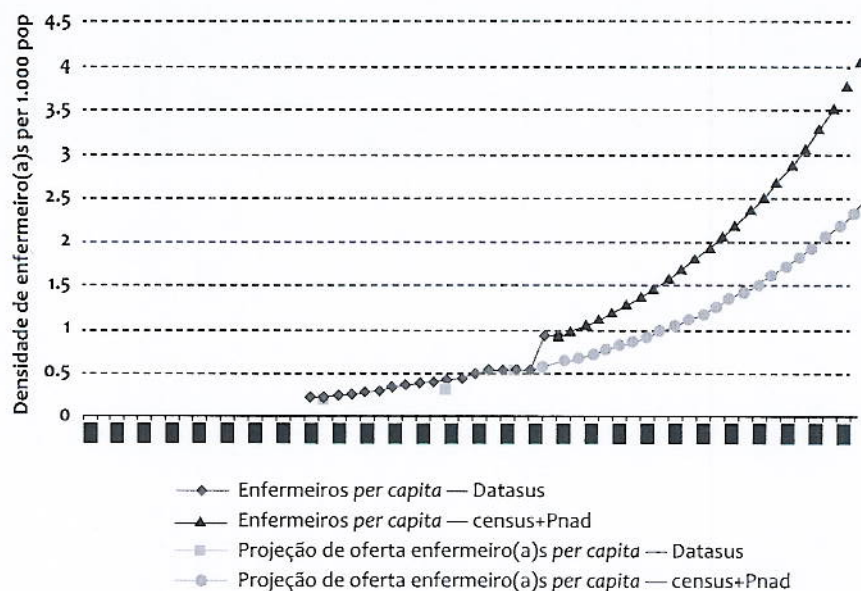
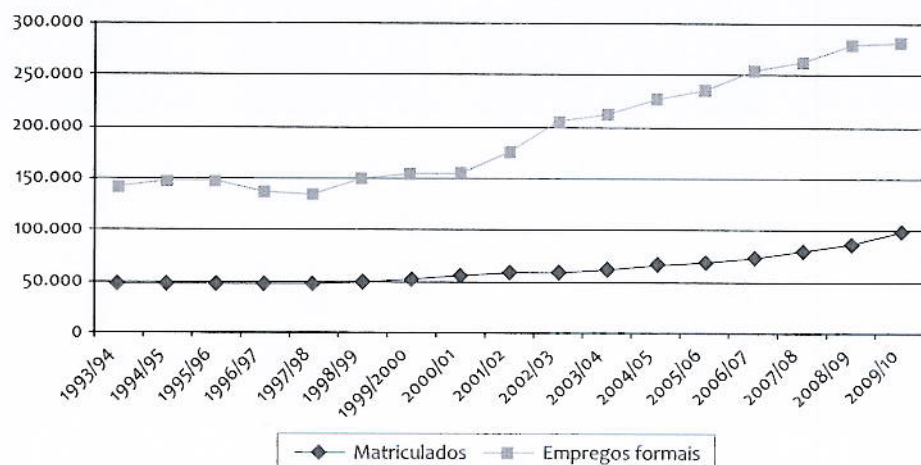


Gráfico 2 — Projeção da densidade *per capita* de enfermeiro(a)s por 1.000 habitantes. Brasil, 1970-2030



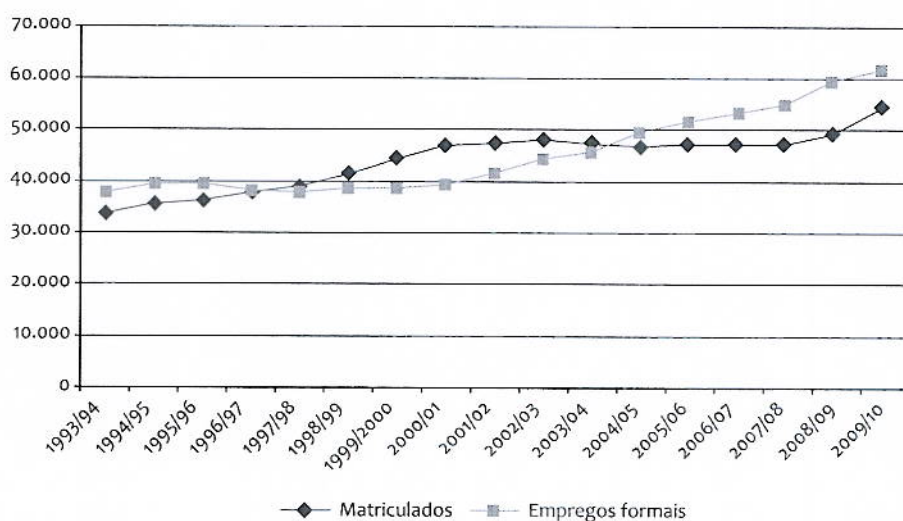
No entanto, considerada a tendência entre a demanda por empregos formais e a oferta futura de graduados medida pelo número total de matriculados no sistema de formação, pode-se projetar que até 2022-2030 os graduados em Enfermagem passem a encontrar dificuldades, enquanto os graduados em Medicina terão demanda por emprego muito superior à capacidade atual de oferta pelo sistema formador (gráficos 3, 4, 5). Em Odontologia a tendência é de equilíbrio, até pelo fato de ser uma área onde o número de empregos formais tem ainda menor importância que a prática privada individual.

Gráfico 3 — Evolução do número de matriculados na faculdade e estoques de vínculos formais de empregos para Medicina. Brasil, 1993 a 2010



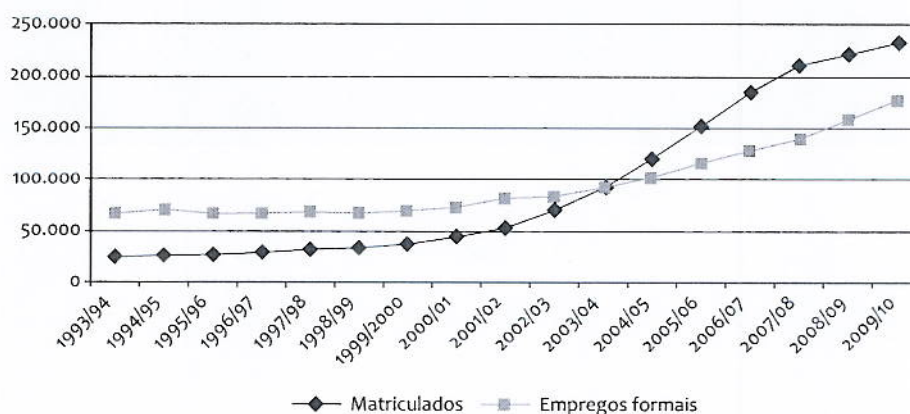
Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado Nescon/FM/UFMG e Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos em saúde IMS/Uerj, a partir dos dados do Censo de Educação Superior (MEC/Inep, 1993-2009) e da Relação Anual de Informações Sociais (Rais, 1993-2010) Inep/MEC e da Rais/MTE.

Gráfico 4 — Evolução do número de matriculados na faculdade e estoques de vínculos formais de empregos para Odontologia. Brasil, 1993 a 2010



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado NESCON/FM/UFMG e Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos em saúde IMS/UERJ, a partir dos dados do Censo de Educação Superior (MEC/Inep, 1993-2009) e da Relação Anual de Informações Sociais (Rais, 1993-2010) Inep/MEC e da Rais/MTE.

Gráfico 5 — Evolução do número de matriculados na faculdade e estoques de vínculos formais de empregos para Enfermagem. Brasil, 1993 a 2010



Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado Nescon/FM/UFMG e Estação de Trabalho do Observatório de Recursos Humanos em saúde IMS/UERJ, a partir dos dados do Censo de Educação Superior (MEC/Inep, 1993/2009) e da Relação Anual de Informações Sociais (Rais, 1993/2010) Inep/MEC e da Rais/MTE.

A importante transição sociodemográfica e epidemiológica que ocorre no país é marcada por contrastes regionais e municipais. Dessa forma, pode-se verificar grande escassez de algumas especialidades em geral, e em particular de médicos especialistas de áreas relacionadas a esse novo cenário.

Considerando-se, por exemplo, a tendência ao aumento da expectativa de vida da população, o crescente sucesso das terapêuticas contra o câncer e a necessidade de realização de diagnóstico precoce para esta patologia, observa-se grande desigualdade na distribuição de oncologistas, radioterapeutas e patologistas clínicos entre as regiões do país.

E, com o aumento da expectativa de vida da população brasileira e, conseqüentemente, na proporção de idosos, estudos mostraram que há pequeno número de geriatras em todas as regiões. Verificou-se a falta de médicos especialistas em outras áreas, aliada a dados como:

- ☞ uma relativa disponibilidade de equipamentos de imagem, por exemplo, radiológicos e ultrassonográficos, contrasta com a escassez nacional de radiologistas e ultrassonografistas, sendo essa situação mais grave na região Norte, independentemente do porte do município;

- ⇒ carência de médicos intensivistas, e da mesma forma de leitos de UTI, embora estes cresçam significativamente com o tamanho da população dos municípios em todas as regiões;
- ⇒ mesmo nos lugares onde traumatologistas e neurocirurgiões são mais disponíveis, a carência destes especialistas ainda é a regra em todo o país, a despeito do grande crescimento da morbimortalidade por causas externas;
- ⇒ a disponibilidade de gineco-obstetras foi considerada relativamente adequada na maioria dos municípios e regiões do país.
- ⇒ em meio a tantas carências, a pediatria se apresenta como uma das áreas menos problemáticas no país, considerando-se a proporção de crianças na população e sua tendência à redução.

De maneira geral, exceção feita aos ginecologistas e pediatras, esses estudos concluíram que há carência de médicos gerais e especialistas, que surpreende não só pela magnitude, mas também por sua abrangência no território nacional, sugerindo a necessidade de dispositivos potentes que incentivem e orientem a formação, inserção e fixação desses profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS) (GIRARDI, 2009).

A previsão sobre as políticas e o planejamento de longo prazo, inclusive as projeções, apresentam muitas dificuldades, ainda mais quando se consideram possíveis mudanças na regulação profissional. Por exemplo, mudanças nos marcos legais passam pelo Congresso, envolvem órgãos de controle (ministérios públicos e Tribunal de Contas), o Judiciário etc. Esse tipo de ação, em geral, ultrapassa os tempos dos mandatos do Executivo. Mas são ações que devem ser iniciadas já. Entre as tendências no campo da regulação profissional, incluem-se:

- a) revisão do quadro legal de regulamentação profissional;
- b) revisão das formas institucionais e das estruturas de regulamentação profissional;
- c) revisão dos escopos de prática das profissões regulamentadas e das novas que atualmente lutam por reconhecimento;
- d) avaliação do modelo de autorregulação brasileira e, se for o caso, proposição de alternativas a esse modelo.

O monitoramento desejável dessas tendências implica a realização de estudos adicionais, particularmente econométricos, mas também de base qualitativa, sobre os diferentes fatores e condições que influenciam ou determinam a oferta e a demanda pela força de trabalho em saúde. Além disso, é necessário conhecer mais sobre determinadas características que influenciam as futuras demandas, como produtividade, regulação profissional, fluxo interno (particularmente migração de médicos) e ainda o impacto de determinadas políticas relacionadas à formação e ao emprego na área da saúde.