

Perfil do Emprego na Função Saúde

Roberto Passos Nogueira*

Sábado Nicolau Girardi**

SUMÁRIO

1. Introdução.....	3
2. A Função Saúde e o Emprego em Saúde.....	5
3. Atividade, Setor e Ocupação na Função Saúde com Base na RAIS.....	6
4. O Emprego no Macrossetor Saúde	10
5. Particularidades do Trabalho e Emprego em Serviços de Saúde.....	17
6. Dinamismo do Emprego em Serviços de Saúde.....	20
7. As Conexões de Gênero dos Mercados de Trabalho em Saúde.....	22
8. Os Mercados Profissionais e Ocupacionais da Saúde	26
9. Formas Institucionais do Emprego em Saúde	36

IPEA - Brasília, Agosto de 1999

* Técnico de Planejamento e Pesquisa do IPEA (Diretoria de Estudos e Políticas Sociais).

** Pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição (NECON) da Universidade Federal de Minas Gerais.

SINOPSE

Tomado por referência os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS, do Ministério do Trabalho) de 1997, o trabalho analisa a distribuição do emprego num campo amplo de atividades econômicas denominado *função saúde*. O emprego nesta função depende da oferta e demanda por trabalho não só dos prestadores de serviços de saúde, mas também de muitos ramos da indústria, do comércio e dos serviços em geral, como constituintes do *macrossetor saúde*.

Dois recortes analíticos são adotados: o primeiro, voltado para a descrição das características do emprego nos vários ramos que compõem o macrossetor saúde, com base na Classificação Nacional de Atividades Econômicas, CNAE, adotada pela RAIS; o segundo, voltado para a descrição da composição e evolução do emprego, de acordo com atributos relacionados aos empregados (sexo, idade, escolaridade, ocupação/profissão, etc.) e ao estabelecimento empregador (especialmente a natureza jurídica e número de empregados).

Verifica-se que a maior demanda de emprego no âmbito do macrossetor está concentrada nas atividades de serviços (hospitais, policlínicas, serviços diagnósticos etc.) que absorvem mais de 70% dos empregos existentes. No conjunto do macrossetor saúde, é surpreendentemente alta a proporção de estabelecimentos com menos de 5 empregados, abrangendo, por exemplo, entre as indústrias de farmoquímicos, nada menos que cerca de 40% do total. Pode-se dizer, seguindo critérios recentes adotados pelo IBGE, que grande parte desses estabelecimentos localizam-se no limiar do setor informal da economia brasileira.

Nos anos noventa, o emprego em serviços de saúde, acompanhando uma tendência geral da economia, cresceu a taxas menores do que nos anos oitenta. Porém, enquanto a variação negativa do índice anual de emprego para o conjunto da atividade econômica foi a regra, com exceção de 1994 e 1996, o setor de serviços de saúde mostrou índices positivos nesta década, crescendo a taxas moderadas, em torno de 1,2% ao ano, de forma muito assemelhada ao que ocorreu no setor educacional.

O artigo analisa também a questão da participação da mulher e a escolaridade do emprego em saúde. É observado que a participação feminina no emprego em serviços de saúde distingue-se como a mais elevada dentre todos os setores de atividade

econômica e que a escolaridade da força de trabalho ocupada no setor tem tido substantivas melhorias na última década.

Quanto aos aspectos institucionais, é notado que cerca de 24% do estoque total do emprego em estabelecimentos de serviços de saúde está alocado sob o formato jurídico de sociedades de quotas de responsabilidade limitadas, sendo que 72% dessas possuem menos de 05 (cinco) empregados. Há, portanto, uma participação bastante elevada de mini-empresas - de propriedade de profissionais liberais - no setor de serviços de saúde, muitas delas constituídas como rede de suporte técnico-operacional para estabelecimentos não-lucrativos de grande porte, como os hospitais das Santas Casas de Misericórdia.

1. Introdução

O emprego em saúde tem sido estudado principalmente através da descrição do crescimento e da composição por categoria profissional dos trabalhadores existentes nos estabelecimentos de saúde. Em geral, tais estudos, bem como suas bases de dados correspondentes, lançam mão de duas distinções importantes para a classificação do emprego em saúde. A primeira, considera a natureza jurídica da instituição empregadora, distinguida em relação ao grande eixo público/privado, e, a segunda, considera a natureza técnica dos serviços prestados pelos estabelecimentos, segundo sejam meramente ambulatoriais ou envolvam também o cuidado em regime de internação.

Durante as últimas duas décadas, o Inquérito de Assistência Médico-Sanitária (AMS), do IBGE, foi a base de dados a que mais se recorreu para se avaliar a evolução e a composição do emprego em saúde, e a AMS tem a particularidade de ser um censo dos estabelecimentos de saúde. Surge daí uma forte tendência a limitar o conceito de emprego em saúde ao campo da demanda por trabalho em estabelecimentos de saúde, o que é imposto, em grande parte, pelas características dessa fonte de dados.

Este trabalho adota uma orientação distinta e pretende desenvolver um conceito ampliado de emprego em saúde tendo por referência os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS, do Ministério do Trabalho). Graças ao fato de que a RAIS recolhe informações administrativas sobre empregos em estabelecimentos pertencentes a todos os setores e ramos de atividade da economia, é possível analisar a dimensão e a

composição do emprego em saúde de tal modo que não mais esteja restrita à demanda por trabalhadores em estabelecimentos de saúde, mas apareça como resultante de um campo amplo de atividades, o qual denominamos *função saúde*. O conjunto das atividades econômicas que estão comprometidas com a função saúde constitui o *macrosetor saúde*, cuja composição envolve os diversos tipos de prestadores de serviços de saúde, mas se estende também a muitos ramos da indústria, do comércio e dos serviços em geral. O trabalho propõe uma orientação metodológica para a análise da composição setorial do macrosetor de acordo com as variáveis contidas na RAIS.

Do ponto de vista descritivo, utilizaremos dois recortes básicos: o recorte dos mercados setoriais (tomando tanto o macrosetor quanto o setor de serviços de saúde) e a análise dos mercados ocupacionais e profissionais, como explicamos a seguir.

- A) **Análise dos mercados de trabalho setoriais.** É útil especialmente para efeito de comparações no que tange à capacidade de geração de empregos, níveis de salários e massa de rendimentos gerados, perfil da força de trabalho empregada, etc. entre setores diversos da economia. No presente caso, cotejaremos os dados do emprego no setor de serviços de saúde com os dados do setor de ensino, da administração pública e do conjunto da economia.
- B) **Análise dos mercados ocupacionais e profissionais.** Procura identificar, além de atributos relacionados aos empregados (sexo, idade, escolaridade, ocupação/profissão etc.), os atributos do emprego (regime de emprego, salários oferecidos, jornadas de trabalho, tipo de instituição empregadora etc.). Esse tipo de análise se presta ao conhecimento das formas como as profissões e ocupações de uma determinada área conservam e recriam seus mercados, dentro e fora do setor específico de atividade econômica. Tem como propósito básico o conhecimento de aspectos relevantes do emprego e salários das profissões e ocupações da saúde, no setor de serviços de saúde e nos demais setores da economia, bem como no agregado das atividades produtivas. Sendo assim, exige uma definição prévia do que sejam as profissões e ocupações de saúde, o que, em geral, faz com que abranja apenas certas ocupações que são regulamentadas de acordo com requisitos educacionais e territórios de prática (ou jurisdição de trabalho).

2. A Função Saúde e o Emprego em Saúde

Propomos que o emprego em saúde seja analisado como parte de uma função produtiva da saúde, $F(S) = \sum (M1, M2 \dots Mn) + \sum (E1, E2 \dots En)$, na qual, em unidades físicas, M_i representa os meios materiais de trabalho e E_i , os empregos de uma dada atividade. Portanto, $\sum (E1, E2 \dots En)$ constitui a somatória da capacidade de trabalho existente na economia que está alocada em benefício da saúde. A esta função denominaremos resumidamente de *função saúde*.

A função saúde pode ser tentativamente definida como *o conjunto das atividades econômicas e não-econômicas, as quais, de forma específica, contribuem para a preservação e a recuperação da saúde e para lidar com as enfermidades e com as deficiências de saúde*.

Estão referidos nessa definição três aspectos que devem ser salientados para que se possa daí derivar apropriadamente o conceito de emprego em saúde. Em primeiro lugar, a consideração de atividades não-econômicas. Há atividades que entram importantemente na função saúde, mas que se situam fora de uma relação de troca mercantil, que é típica do emprego, em sentido estrito. É, por exemplo, o trabalho realizado pelo próprio indivíduo para manter sua saúde, por sua família quando se encontra enfermo, pela comunidade em seu conjunto ou por um voluntário num hospital. Portanto, nem todo trabalho que compõe a função saúde é gerador de emprego. Em segundo lugar, é decisivo que se tome em conta a especificidade de cada atividade. Há atividades, como a produção de alimentos, que são fundamentais para a preservação da saúde, mas sobre as quais se pode afirmar que não estão especificamente voltadas para essa finalidade, embora seja justificável que a produção de certos alimentos dietéticos esteja aí enquadrada. Este tipo distinção, bem o sabemos, é bastante sutil e, em casos concretos, suscita controvérsias, mas precisa ser contemplada porque, de outro modo, a função saúde seria estendida *ad infinitum*. Em terceiro lugar, cumpre destacar que os objetivos atribuíveis à função saúde são extremamente variados, inclusive no sentido de que novas e imprevistas necessidades e atividades são geradas continuamente pela sociedade e passam a ser abrangidas por essa função. Portanto, a última parte da definição pretende ser apenas uma indicação dessa grande variedade de objetivos postos em torno da idéia ou ideal da saúde.

Cumpre, assim, destacar que a função saúde inclui, entre muitas outras, a função de *prestação de serviços de saúde*, a qual, por sua vez, inclui a função de *prestação de serviços de saúde em estabelecimentos de saúde*. Os dados da AMS permitem detectar apenas os empregos alocados nesta última função. Entendemos que o conceito ampliado de emprego em saúde corresponde a todos os empregos alocados à função saúde, indo muito além dos aspectos de prestação de serviços de saúde. Assim, sob aquele conceito estão abrangidos grupos de trabalhadores tais como os que a) prestam serviços de saúde em estabelecimentos cuja atividade econômica não está vinculada com saúde (por exemplo, médicos dos serviços próprios de empresas industriais); b) exercem atividades não caracterizadas como prestação de serviços pessoais mas que estão especificamente voltadas para a saúde (por exemplo, atividades de saneamento, de saúde animal, de ensino de saúde ou de administração da saúde pública); c) dedicam-se a atividades de produção e venda de bens relacionados com a saúde (por exemplo, a produção e a comercialização de medicamentos). Portanto, o conceito ampliado de emprego em saúde refere-se ao conjunto dos empregos gerados por tais atividades econômicas.

3. Atividade, Setor e Ocupação na Função Saúde com Base na RAIS

Devido ao pressuposto teórico que aqui adotamos, que associa o emprego em saúde à função saúde, somos obrigados a considerar tanto a atividade dos estabelecimentos como a atividade dos empregados para calcular corretamente os vários componentes do emprego em saúde. No que concerne à atividade econômica exercida pelo estabelecimento, esse cálculo, com algumas exceções, é bastante facilitado pela RAIS.

A RAIS¹ utiliza a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), que admite vários níveis de detalhamento e tem sido periodicamente revista. Por exemplo, uma área de atividade bem específica e pouco estudada, que se encontra em franca expansão no âmbito da função saúde, a das academias de ginástica, encontra-se aí discriminada sob o título “manutenção do físico corporal” (CNAE 9341). O mesmo acontece com atividades especiais como o comércio atacadista e varejista de

¹ Praticamente todas as observações que realizamos sobre as vantagens e limitações da RAIS no cálculo do emprego em saúde aplicam-se igualmente à CAGED, Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, do Ministério do Trabalho.

medicamentos, as empresas de planos de saúde, as indústrias de equipamentos e instrumentos médico-cirúrgicos, etc. Ao construir as tabelas de emprego em saúde, no conceito ampliado, o passo mais importante consiste em selecionar as categorias CNAE cuja inclusão é justificável de acordo com os critérios anteriormente expostos na caracterização da função saúde.

A classificação CNAE não esgota todas as possíveis atividades relevantes para a função saúde. Por outro lado, em alguns casos ela não ajuda a identificar com propriedade o emprego de saúde de certos subsetores de atividade que sabemos de antemão estarem, pelo menos em parte, relacionados com a função saúde. Isto acontece, com particular gravidade, no caso da administração pública, como será comentado adiante.

No que se refere à prestação de serviços de saúde às pessoas em estabelecimentos cuja atividade principal não comporta uma associação evidente com a função saúde - na indústria, no comércio, e nos serviços em geral, a CNAE também não é de utilidade, porque evidentemente só distingue a finalidade principal do estabelecimento e a classificação ocupacional formal dos empregados. Para determinar com precisão quantos são os empregos de saúde num estabelecimento da indústria metalúrgica, seria necessário saber quem nela realiza prestação de serviços de saúde (nos chamados serviços próprios de empresa), ou seja, seria preciso contar com uma classificação das atividades realmente exercidas pelos empregados. Somos obrigados a considerar, nessas circunstâncias de uma informação incompleta, que o emprego de saúde desses estabelecimento é igual à soma de todos os médicos, dentistas, enfermeiros, etc.; por outras palavras, utilizamos a classificação ocupacional formal como uma *proxy* da atividade real dos empregados. Mas, ao assim proceder, estamos deixando de incluir inúmeros trabalhadores que não têm uma distinção ocupacional específica na área de saúde, e que, no entanto, participam da prestação de serviços de saúde nesses estabelecimentos “não-saúde”, o que introduz uma provável tendência de subestimativa.

À primeira vista, o cálculo do emprego nos chamados estabelecimentos de saúde não deveria oferecer esse tipo de dificuldade, já que sua atividade econômica de per se permite realizar uma classificação correta, extensiva a todos os empregos que apresenta. No entanto, essa dificuldade existe devido à metodologia de classificação do setor de atividade de administração pública adotada na RAIS. É preciso explicar em detalhe

como esse problema é originado. A totalidade dos estabelecimentos privados de saúde e uma parte dos públicos estão descritos sob a variável “serviços médicos, odontológicos e veterinários” (variável subsetorial MED ODON VET). Esses estabelecimentos recebem uma classificação CNAE bem detalhada, que permite agrupá-los em serviços de urgência/emergência, ambulatoriais, hospitalares, meios de diagnóstico, etc. Com base na classificação CNAE, verifica-se que os serviços de saúde animal comparecem em número muito reduzido. De todos os modos, sabemos que todos os empregos postos sob a variável MED ODON VET são pertinentes à função saúde, e, mais especificamente, à função de prestação de serviços de saúde em estabelecimentos de saúde. Contudo, a maior parte dos estabelecimentos públicos de saúde (autarquias hospitalares, grande parte da rede do SUS, etc.) não se encontra sob essa variável, mas, sim, está descrita no subsetor “administração pública direta e autárquica” (variável ADM PUBLICA). A CNAE desses estabelecimentos reitera que se trata de serviços de administração pública e, portanto, não ajuda a identificar os estabelecimentos que produzem serviços finais (v.g., os ambulatórios ou hospitais pertencentes às secretarias de saúde) e os que só produzem serviços administrativos (v.g., o núcleo central das secretarias de saúde).

Essas particularidades da RAIS fazem com que o emprego público em estabelecimentos de prestação de serviços de saúde tenha que ser estimado. Dado que os hospitais e centros de saúde costumam utilizar um contingente muito grande de pessoal técnico-administrativo e de serviços gerais, a *proxy* da classificação ocupacional, que contabiliza apenas as categorias típicas da saúde, deve ser descartada como alternativa metodológica. Por conseguinte, esse cálculo está na dependência do desenvolvimento e aplicação de métodos estimativos. Nossa experiência de estudos empíricos na área vem demonstrando que a categoria de enfermeiros é um bom preditor do total de empregos existente em estabelecimentos públicos de saúde, situando-se em geral como 3 a 4 por cento desse total, quando se considera uma área geográfica suficientemente grande, tal como uma região do País. Este indicador foi utilizado nesse trabalho para ajuste dos dados da RAIS no setor de administração pública.

O quadro que apresentamos a seguir sintetiza os critérios metodológicos que adotamos para efetivar o cálculo dos componentes do emprego em saúde de acordo com os dados disponíveis na RAIS.

Bases Metodológicas do Cálculo de Emprego em Saúde com Base na RAIS

Variável de Atividade Econômica (Subsetor IBGE)	Estabelecimentos Incluídos na Variável	Utilidade da Variável CNAE	Cálculo dos Empregos Relacionados com a Função Saúde
Serviços Médicos, Odontológicos e Veterinários (MED ODON VET)	Todos os estabelecimentos de saúde de natureza privada e uma fração dos públicos	Identifica estabelecimentos que realizam serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico, etc.	Somatória dos empregos do subsetor
Serviços de Administração Pública Direta e Autárquica (ADM PUBLICA)	A maioria dos estabelecimentos de saúde de natureza pública	Não permite distinguir quais são os estabelecimentos de serviços de saúde pertencentes à administração pública.	Estimado
Outros Subsetores com Prestação de Serviços de Saúde às Pessoas	Estabelecimentos gerais de Indústria, Comércio, Ensino, Serviços, etc.	Não permite distinguir quais são os estabelecimentos que realizam serviços de saúde às pessoas	Uso de proxy baseada no número de empregos de categorias ocupacionais típicas da saúde
Todos os Demais Subsetores que se Relacionam com a Função Saúde	Estabelecimentos que produzem outros insumos e serviços relacionados especificamente com a função saúde.	Permite identificar os estabelecimentos de relevância para a função saúde	Somatória dos empregos do subsetor

Uma primeira dificuldade a ser transposta é a determinação das dimensões do mercado de trabalho e do emprego em saúde. Quantos são os trabalhadores que se engajam na produção de serviços de saúde e no macrossetor saúde, tendo em vista cada um dos seus diversos segmentos? Qual importância do setor informal dos mercados de trabalho em saúde? Quais as dimensões do segmento autônomo auto-empregado? Quem são e quantos são os profissionais de saúde e em que setores de atividade atuam preferencialmente? É preciso reconhecer, de antemão, que o estado atual de nossas estatísticas não permite responder a tais questões a não ser de forma indireta e muito imprecisa. As principais fontes que outrora permitiram responder de forma satisfatória às indagações acerca das dimensões e estrutura da oferta de força de trabalho e do

emprego em saúde - os Censos Demográficos e a pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE - têm tido sua utilização bloqueada, seja por problemas de ordem metodológica - seja por sua defasagem. O censo de 1991, por exemplo, apresenta problemas metodológicos que contra-indicam sua utilização para montagem de boas bases de estimativas sobre a oferta de força de trabalho em saúde para a década atual. Por seu turno, os inquéritos de Assistência Médico-Sanitária do IBGE, que constituíram a mais abrangente estatística nacional sobre o emprego em estabelecimentos de saúde, ao longo dos anos setenta e oitenta, tiveram sua última versão em 1992². Com exceção dos dados disponibilizados pelo sistema RAIS-CAGED, do Ministério do Trabalho, que trazem informações atualizadas sobre o mercado formal de trabalho dos serviços de saúde, do macrossetor e das ocupações de saúde, as únicas fontes prontamente utilizáveis são os registros administrativos dos Conselhos Profissionais. Os dados informados pelos Conselhos de Fiscalização do Exercício das Profissões apresentam, no entanto, a desvantagem de trazerem exclusivamente informações sobre os mercados de trabalho profissionais, cobrindo apenas as profissões e ocupações regulamentadas. Dessa forma, basearemos nossas análises sobre os mercados de trabalho em saúde fundamentalmente nas estatísticas da RAIS e do CAGED, utilizando outras fontes apenas secundariamente.

4. O Emprego no Macrossetor Saúde

Apropriando-nos da idéia de macrossetor saúde, desenvolvida originalmente por Zayen e cols. (1995), conceituamos aqui que o macrossetor saúde é nada mais do que o campo de realização econômica da função saúde em sua totalidade. Caracterizaremos o macrossetor saúde de acordo com os seguintes subsetores de atividade econômica, a respeito dos quais contamos com dados fornecidos pela RAIS e que, na maior parte, são convenientemente distinguidos pelas classes CNAE 1995:

²As AMS abrangem o universo dos estabelecimentos médico-sanitários do país e foram realizadas de forma ininterrupta, ano a ano, entre 1976 e 1987 sendo então interrompidas até a pesquisa realizada em 1992, quando então foram novamente interrompidas. Infelizmente as projeções e estimativas, a partir da AMS de 1992, mostram-se problemáticas devido ao conjunto das transformações ocorridas especificamente na presente década, que modificaram profundamente, conforme se sabe, a configuração do mercado e do setor de serviços de saúde no Brasil.

- I. Núcleo de serviços - serviços produzidos em estabelecimentos especificamente voltados para a manutenção e recuperação da saúde, constituídos pelas seguintes classes CNAE: atendimento hospitalar; atendimento de urgência e emergência; atenção ambulatorial; serviços de complementação diagnóstica e terapêutica; serviços de outros profissionais da área de saúde; serviços veterinários; outras atividades relacionadas com serviços de saúde; manutenção do físico corporal;
- II. Serviços de administração pública em saúde, incluindo a gestão da saúde pública e do SUS;
- III. Prestação de serviços de saúde realizada em estabelecimentos classificados em outro tipo de atividade econômica (identificável através do emprego de profissionais de saúde);
- IV. Atividades de ensino de saúde (identificável através do emprego de profissionais de saúde);
- V. Atividades industriais vinculadas aos serviços de saúde, constituídas pelas seguintes classes - fabricação de aparelhos e instrumentos para uso médico; fabricação de farmaco-químicos; fabricação de medicamentos para uso humano; fabricação de medicamentos para uso veterinário; fabricação de materiais para usos médico-hospitalares;
- VI. Atividades de comercialização (atacadista e varejista) de produtos farmacêuticos e de equipamentos médico-hospitalares;
- VII. Atividades financeiras vinculadas à saúde, empresas de planos e seguros de saúde;
- VIII. Atividades de saneamento do meio - limpeza urbana e esgoto.

Idealmente, o macrossetor saúde deveria englobar também as atividades estratégicas de pesquisa e desenvolvimento (P & D). No entanto, não é possível caracterizar este subsetor com base nos dados da RAIS e aqui o deixamos de lado.

Conforme se pode ver pelo quadro I, as atividades diretamente relacionadas ao macrossetor saúde, detinham, em dezembro de 1997 aproximadamente 2,46 milhões de vínculos, o que significa que absorviam 10,3% dos ocupados no mercado de trabalho formal.

QUADRO 1**Brasil, 31-12-97****Número de Empregos no Macrossetor Saúde segundo Segmento de Atividade Econômica**

Segmentos do Macrossetor Saúde	Empregos	%	N. Estab	Emp/Estab.
I- Serviços de Saúde	1.779.178	72,38	-	-
I.a) Serviços Públicos de Saúde	979.319	39,84	-	-
I.b) Serviços Privados	799.859	32,54	-	-
Atendimento Hospitalar	496.122	20,18	8.469	58,58
Atendimento a Urgencias e Emergencias	13.682	0,56	594	23,03
Atenção Ambulatorial	26.513	1,08	6.273	4,23
Serviços de Complementação Diagnóstica ou Terapêutica	56.054	2,28	10.398	5,39
Outros Profissionais da Saúde	84.511	3,44	49.328	1,71
Outras Atividades Relacionadas com Atenção à Saúde	111.186	4,52	23.292	4,77
Serviços Veterinários	3.187	0,13	1.701	1,87
Atividades de Manutenção do Físico Corporal	8.604	0,35	1.953	4,41
II. Atividades Industriais	83.219	3,39	-	-
Fabricação de Produtos Farmoquímicos	9.820	0,40	221	44,43
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano	46.609	1,90	731	63,76
Fabricação de Medicamentos para Uso Veterinario	3.599	0,15	139	25,89
Fabricação de Materiais para Usos Médicos, Hosp e Odont.	9.513	0,39	258	36,87
Fabricação de Aparelhos e Instr. para Usos Med-Hosp, Od.	13.678	0,56	833	16,42
III. Atividades de Comercialização	199.115	8,10	-	-
Comércio Atacadista de Produtos Farm, Med, Ortop e Od	33.890	1,38	2.753	12,31
Comercio Varejista de Produtos Farm, Med, Ortop e Od	165.225	6,72	46.885	3,52
IV. Atividades de Financiamento	12.949	0,53	-	-
Planos de Saúde	12.949	0,53	833	15,55
V. Atividades de Saneamento	204.742	8,33	-	-
Captação e Tratamento de Água	109.248	4,44	2.492	43,84
Limpeza Urbana e Esgoto	95.494	3,89	1.186	80,52
VI. Atividades de Ensino, P&D	36.889	1,50	-	-
Profissionais de Saúde em P& D e Ensino	36.889	1,50	-	-
VII. Profissionais de Saúde em Outras Atividades	141.877	5,77	-	-
Total do Macrossetor Saúde	2.457.969	100,00	-	-

Fonte: RAIS/MTb, 1997

O Quadro 2 traz algumas informações úteis para o dimensionamento do emprego em saúde na economia nacional.

QUADRO 2

Brasil, 31-12-97

Número de Estabelecimentos e Vínculos de Emprego em Setores de Atividade Seleccionados e Macrossetor Saúde

	Número de Estabelecimentos	Número de Empregos	% Total (de Economia Formal)
Serviços de Saúde		1.779.178	7,47
a) Privados	91.956	979.319	4,11
b) Públicos	n.d	799.859	3,36
Macrossetor Saúde*	142.709	2.457.969	10,31
Ensino	32.968	850.688	3,57
Setor Serviços	629.973	7.430.887	31,18
Adm. Pública	12.955	5.452.215	22,88
Total	1.844.388	23.830.312	100,00

Fonte: RAIS/MTb, 1997

* Inclui atividades industriais de produção de medicamentos, farmoquímicos, equipamentos e instrumentos médico-cirúrgicos; atividades atacadistas e varejistas de comercialização destes produtos; seguros de saúde; atividades de saneamento básico; profissionais de saúde em atividades de ensino, P&D e profissionais de saúde em outras atividades não discriminadas.

Apresentamos, em resumo, as principais informações contidas nos dois quadros mencionados:

- Mais de 70% dos empregos do macrossetor estão alocados nas atividades de serviços (hospitais, policlínicas, serviços diagnósticos etc.);
- A administração pública responde por cerca de 55% dos empregos nos serviços de saúde;
- O segmento das atividades de atenção hospitalar absorve aproximadamente 62% do emprego nos serviços de saúde;
- As atividades de comercialização de produtos de saúde, com predominância do comércio varejista, detêm 8,5% do emprego no macrossetor;
- As atividades industriais de produção de remédios e insumos para os serviços de saúde respondem por apenas 3,5% do emprego;
- Cerca de 6% dos profissionais de saúde se empregam em atividades da indústria, do comércio ou dos serviços não relacionadas com saúde.

O quadro 3 traz informações acerca do porte dos estabelecimentos de alguns dos segmentos de atividade que compõem o macrossetor saúde de acordo com a concentração de empregados.

QUADRO 3
Brasil, 1997
Indicadores do Emprego no Macrossetor Saúde

<i>Segmentos do Macrossetor Saúde</i>	<i>Média de Emprego por Estab</i>	<i>% Estab. Com até 4 empregos</i>	<i>% Estab com mais de 250 empregos</i>	<i>% do Emprego em estab com até 4 empregos</i>	<i>% do Emprego em estab com mais de 250 empregos</i>
I- Serviços de Saúde Privados					
Atendimento Hospitalar	58,58	35,21	5,87	0,86	57,97
Atendimento a Urgencias e Emergencias	23,03	47,42	2,23	1,44	69,78
Atenção Ambulatorial	4,23	82,01	0,07	26,74	8,01
Serviços de Complementação Diagnóstica ou Terapêutica	5,39	73,87	0,09	21,08	9,31
Outros Profissionais da Saúde	1,71	94,98	0,01	63,65	2,84
Outras Atividades Relacionadas com Atenção à Saúde	4,77	83,51	0,27	15,58	43,35
Serviços Veterinários	1,87	92,80	0,00	71,82	0,00
Atividades de Manutenção do Físico Corporal	4,41	-	-	-	-
II. Atividades Industriais					
Fabricação de Produtos Farmoquímicos	44,43	40,73	5,65	1,47	62,92
Fabricação de Medicamentos para Uso Humano	63,76	28,74	7,56	0,79	56,23
Fabricação de Medicamentos para Uso Veterinario	25,89	38,84	0,83	2,39	12,06
Fabricação de Materiais para Usos Médicos, Hosp e Odont.	36,87	48,66	2,68	2,00	57,74
Fabricação de Aparelhos e Instr. para Usos Med-Hosp, Od.	16,42	54,76	0,97	5,83	25,19
III. Atividades de Comercialização					
Comércio Atacadista de Produtos Farm, Med, Ortop e Od	12,31	68,92	0,90	9,53	34,63
Comercio Varejista de Produtos Farmacêuticos, Médicos, Ortopédicos e Odontológicos	3,52	81,78	0,02	39,20	3,30
IV. Atividades de Financiamento					
Planos de Saúde	15,55	54,19	0,76	5,60	18,50
V. Atividades de Saneamento					
Captação e Tratamento de Água	43,84				
Limpeza Urbana e Esgoto	80,52	57,15	4,98	1,14	80,18

Fonte: RAIS/MTb, 1997

Os segmentos de atividade que apresentam estabelecimentos de maior porte, de acordo com o número médio de empregados, são os seguintes: limpeza urbana, com

80,5 empregados; indústria de medicamentos para uso humanos, com 63,7 empregados; e os hospitais com 58,6 empregados, em média, por estabelecimento.

Os menores estabelecimentos em número de empregos correspondem às clínicas (1,7), serviços veterinários (1,8), drogarias e farmácias (3,5), e atividades físico-corporais (4,4). Os estabelecimentos de maior porte (com mais de 250 empregos, em média) são os que concentram a maior oferta de empregos nas atividades de atenção hospitalar (57,97% dos empregos); na indústria de farmoquímicos (69,92% dos empregos) e na indústria de remédios (56,23% dos empregos).

Constata-se uma proporção surpreendentemente alta de estabelecimentos de pequeno porte inclusive naquelas atividades que, devido à natureza complexa do processo de trabalho, esperar-se-ia graus mais elevados de organização e formalização institucional. Vejamos, como exemplo, alguns destes números. Possuem um máximo de 04 empregados com vínculo no estabelecimento:

- 35,21% das unidades que prestam atenção hospitalar (nada menos que 3166 estabelecimentos);
- 40, 73% das indústrias de farmoquímicos;
- 28,74% das indústrias de medicamentos
- 54,76% dos fabricantes de aparelhos para uso médico-hospitalar e odontológico
- 54% dos planos de saúde
- 81,78% das farmácias e drogarias
- 68,92 % do comércio atacadista de produtos farmacêuticos e médico- hospitalares

De acordo com critérios adotados pelo IBGE na “Pesquisa do Setor Informal no Brasil”, realizada em 1997, todos estes estabelecimentos poderiam ser classificados como informais. A referida pesquisa caracterizou como pertencentes ao setor informal *“todas as unidades econômicas de propriedade de trabalhadores por conta própria e de empregadores com até 5 empregados.”* (grifos nossos). Para aquela pesquisa tais unidades econômicas poderiam ser tidas como informais pela baixa complexidade organizacional e gerencial e pequena diferenciação entre os fatores produtivos capital e trabalho, características inferidas, entre outras coisas, pelo baixo volume de força de

trabalho empregada³. É claro que este tipo de classificação está sujeita a objeções, entre elas, o fato de não observar o aspecto legal na determinação da informalidade, que tem ocupado lugar cativo nas definições tradicionais desse segmento de ocupação. Entretanto, é inegável que pode revelar alguns aspectos da geração da informalidade a partir de um nexo quase que puramente econômico: o desejo de evadir de cargas tributárias, especialmente as relacionadas aos custos indiretos do emprego de força de trabalho, mesmo que preenchidos todos os trâmites legais para constituição e funcionamento de negócios econômicos.

A despeito da imprecisão das estatísticas que informam sobre os mercados de trabalho do macrossetor e da própria dificuldade de definir suas fronteiras entendemos haver uma dupla vantagem em trabalhar com a idéia. Em primeiro lugar, ela permite visualizar, de maneira mais abrangente, um conjunto maior de interesses e atores articulados economicamente em torno à malha da saúde, atores esses mais ou menos capazes de realizar coalizões e influenciar o desenho e a implementação de políticas específicas na área. Em segundo lugar, e talvez de maneira mais importante, a idéia de macrossetor leva-nos a refletir sobre a responsabilidade da gestão governamental do setor para toda uma série de atividades, ademais das atividades diretamente relacionadas com a atenção à saúde, que interferem na qualidade dos serviços finais (e.g: fornecedores de insumos industriais, equipamentos, medicamentos; comercialização de insumos e produtos; P&D e Ensino; seguros etc.).

Além disto, em uma perspectiva de reforma do estado e de reforma setorial, a idéia de macrossetor permite uma visão mais ampla da mudança de papel que se faz necessária atualmente na gestão governamental da saúde. A tarefa da construção de *capacidade de estado* para a regulação, a provisão de informações e a cooperação técnica relativamente a este conjunto não homogêneo de atividades permite vislumbrar

³ A pesquisa de setor informal realizada no Brasil em 1997, que tomou como informantes todas as unidades econômicas de propriedade de trabalhadores por conta própria e empregadores com até 5 empregados, identificou a existência de 9.477.973 empresas informais ocupando 12.870.421 pessoas. Para o mesmo período, a RAIS informava a existência de 1.968.276 estabelecimentos com 24.104.428 empregados em 31-12-97. Segundo a RAIS, existiam 1.381.208 com até 5 empregados. Na pesquisa de setor informal do IBGE, 87% das empresas informais não possuíam constituição jurídica. Entre os 12.870.421 ocupados, 8.589.588 encontravam-se na condição de proprietários por conta própria; 1.568.959 eram empregadores com até 5 empregados; 874.043, empregados com carteira assinada; 1.320.682, empregados sem carteira assinada; e 517.153, não-remunerados.

o desenvolvimento de estratégias de requalificação profissional, reconversão e realocação de pessoal desde funções obsoletas até funções estratégicas emergentes.

5. Particularidades do Trabalho e Emprego em Serviços de Saúde

O setor de serviços de saúde no Brasil caracteriza-se por uma série de traços mais ou menos interligados que fazem da regulação força de trabalho, das profissões e dos negócios do setor, um capítulo à parte na história e na teoria econômica e política da regulação. Trataremos de enunciá-los brevemente.

Em primeiro lugar, costuma-se dizer que se trata de um setor constituído por atividades eminentemente intensivas em mão-de-obra, a despeito do ritmo bastante acelerado com que novas tecnologias são incorporadas às práticas do setor. Admite-se, ao contrário do que se observa para outros setores da atividade econômica, que a introdução de novas tecnologias na saúde- sejam novos produtos, instrumentos e equipamentos propedêuticos e terapêuticos, sejam novos processos – muitas vezes não substituem as tecnologias pré-existentes e se acrescentam à elas. Assim, ao contrário de economizar mão-de-obra, exigem novas qualificações para operação desses serviços adicionais, fazendo crescer, no final das contas, a demanda efetiva por força de trabalho. Entre nós, uma série de autores chamou a atenção para este fenômeno, qual seja, o caráter cumulativo e não substitutivo da maior parte das tecnologias médicas. O comentarista econômico norte americano Robert Kuttner (1998: 158), tratando da questão das virtudes e limites do mercado na regulação das práticas sociais, referiu-se a esse fenômeno com as seguintes palavras,

"Embora certos progressos tecnológicos acarretem economia - técnicas a laser que proporcionam intervenções mais velozes e menos invasivas, exames por ressonância magnética e outros procedimentos de diagnóstico que evitam as cirurgias com finalidade exploratória-, também estimulam a demanda."

Duas implicações principais podem ser atribuídas a esta associação aparentemente paradoxal entre intensividade em uso de trabalho e incorporação tecnológica. Por um lado, de forma negativa, ela estaria na raiz de uma certa intratabilidade da tendência ao crescimento dos gastos com a saúde. Este problema não pretendemos abordar aqui. Por outro lado, no aspecto que nos interessa mais de perto, poder-se-ia esperar que em se mantendo inalterados os fatores que atualmente

estimulam o crescimento da demanda pelos serviços de saúde (especialmente o envelhecimento das populações e o aumento da eficácia das tecnologias médicas) os serviços de saúde tenderiam a aumentar seu peso, relativamente a outros setores da economia, na absorção da população economicamente ativa dos países. Neste contexto, o emprego de força de trabalho no setor poderia cumprir um papel social adicional às funções específicas da saúde. Numa perspectiva macroeconômica, o setor poderia ter um potencial de "amortecer", através da geração de emprego e renda, o impacto social das tendências de decréscimo da oferta total de empregos nas sociedades modernas.

Um segundo traço distintivo das atividades de saúde, mais ou menos observado em todos os países, é a forte presença de ocupações regulamentadas e a vulnerabilidade da gestão setorial em relação às normas do "mundo das profissões". Desse segundo aspecto decorre, conforme veremos com maior detalhe à frente, que a regulação de grande parte da força de trabalho do setor escapa, em importantes aspectos quantitativos e qualitativos, tanto aos mecanismos auto-reguladores dos mercados⁴ como aos desideratos da gerência organizacional (ou da burocracia) do setor. O aparato corporativo profissional, as universidades e o sistema educativo jogam papel decisivo na definição dos níveis da oferta e padrões de qualidade da força de trabalho do setor.

Um terceiro 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, o setor de serviços

⁴Na verdade, a chamada a autorregulação dos mercados estaria inibida em função de outras características peculiares ao setor. O cuidado de saúde não é um bem econômico típico e o setor saúde pode ser caracterizado pela existência generalizada de "falhas de mercado". Na literatura econômica, uma série de condições devem ser preenchidas para que a auto-regulação dos mercados funcionem como mecanismo ideal de alocação eficiente de recursos. Em primeiro lugar, é necessário a existência permanente de quantidades expressivas de produtores e consumidores e que a entrada nos mercados seja livre. Em segundo lugar, os bens e serviços produzidos devem ser homogêneos e ambas as partes, produtores e consumidores, devem possuir informações suficientes a respeito dos preços e qualidades entre escolhas alternativas. Em terceiro lugar, não deve haver maiores externalidades (ou efeitos de vizinhança) na produção e no consumo. Nenhuma dessas condições, conforme é amplamente reconhecido, verifica-se na produção de serviços de saúde. Em primeiro lugar, o forte profissionalismo do setor coloca sérias barreiras à entrada de parcela considerável da força de trabalho setorial nos mercados. Noutras palavras, o número de provedores é regulado desde fora dos mercados, pelo sistema educacional e pela corporações profissionais. Em segundo lugar, o produto dos serviços de saúde é tudo que se quer que seja menos homogêneo. O aforismo "*cada caso é um caso*", extremamente utilizado para a descrição de situações médicas, apesar de ser empregado às vezes de maneira abusiva, não é um completo exagero. E essa não-homogeneidade do cuidado amplifica a assimetria informacional entre consumidores e provedores e mesmo entre empregadores e profissionais, em favor destes últimos.

de saúde é o que mostra a maior participação de mulheres na composição do emprego dentre todos os setores de atividade econômica. A alta participação das mulheres nas atividades do setor de serviços de saúde, seria determinante, inclusive, da forma particular que assume seu “profissionalismo”, implicando além disso na vigência de formas de regulação diferenciadas do trabalho e dos negócios setoriais, segundo uma noção de gênero. Trata-se de regulações relativas a horários de trabalho mais flexíveis, maiores índices de rotatividade e absenteísmo, etc. Ademais, aos mercados de trabalho tipicamente femininos tem sido associado níveis de remuneração mais baixos, conquanto na área da saúde essa discriminação seja notavelmente menor.

Um quarto traço distintivo do setor de serviços de saúde com relação a outros setores econômicos é a sua 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 (conforme comentado), 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" (Campos e Albuquerque, 1998:53). As instituições que respondem a estes dois sistemas (a saúde pública, a seguridade social, as universidades e institutos de pesquisa, os laboratórios científicos, a rede de cientistas, entre outras) também jogam um papel importante na definição das regras de incorporação de trabalho ao setor. E, mais uma vez, aqui pode-se dizer que esses são dois sistemas (ou para usarmos o termo de Campos e Albuquerque, "duas construções institucionais") que, à semelhança do caso das profissões, constituíram-se no sentido de superar as limitações da regulação de mercado. Reconhece-se sobejamente, em ambos os casos, os limites dos mecanismos dos mercados autorreguláveis quer para atingir os objetivos de equidade inscritos nos sistemas de bem estar social, quer para obter os graus de eficiência de longo prazo, propugnados pelos sistemas de inovação técnica⁵.

⁵Kuttner (1998) afirma existir três diferentes conceitos de eficiência na vida econômica: a) a eficiência alocativa, derivada das formulações iniciais de Adam Smith - com base nas sinalizações de preços, os mercados, se deixados livres, alocam "automaticamente" recursos para utilizações que maximizam os resultados; b) a eficiência Keynesiana, preocupada com os "ganhos potenciais" que se perdem, no agregado, quando as economias entram em recessão, funcionando muito abaixo do seu potencial pleno de utilização dos fatores produtivos (inclusive o emprego), e c) a eficiência adaptativa, derivada das formulações de Schumpeter. Esta última lida com a noção de vantagem técnica como fonte de crescimento da eficiência econômica ao longo do tempo,

Por fim, um quinto traço distintivo das atividades do setor saúde, altamente relevante para o desenho de estratégias adequadas de regulação do setor, é o alto grau de participação de autônomos e pequenos empregadores (com até 4 empregados) no setor.

6. Dinamismo do Emprego em Serviços de Saúde

O notável dinamismo empregatício dos serviços de saúde, comparativamente ao conjunto da economia nacional e a outros setores de atividade específicos, tem sido um aspecto comumente apontado nos diversos estudos sobre o mercado de trabalho e o emprego em saúde realizados no decorrer dos anos oitenta e noventa⁶. Nos anos setenta, a força de trabalho em saúde (e também o emprego) cresceu mais de duas vezes à frente da força de trabalho nacional. Na primeira metade dos anos oitenta, a sucessão de conjunturas de crise econômica que acarretaram desemprego em diversos setores da atividade econômica, pouparam, no global, conforme amplamente demonstrado nos estudos referidos, o setor saúde. Ora por conta do papel atribuído ao setor no elenco de políticas macro-econômicas de sustentação da demanda efetiva (inspiração *Keynesiano-desenvolvimentista*), ora por conta da sua especial vulnerabilidade às pressões político-institucionais, ora ainda em decorrência de sua óbvia missão social, tem sido possível observar um crescimento da participação da saúde na demanda nacional por força de trabalho.

A constatação dessa *performance* diferenciada do emprego no setor saúde não deve, no entanto, obscurecer o significado de uma outra observação, assinalada como tendência em trabalhos do início da presente década (Santana e Girardi; 1991, 1993). Os autores observaram uma desaceleração sustentada nos ritmos de crescimento da ocupação em saúde, especialmente a partir da segunda metade dos anos oitenta e no decorrer dos anos noventa. Considerando o conjunto dos postos de trabalhos existentes nos estabelecimentos médico-sanitários brasileiros (constituídos ou não como vínculos formais de emprego), observam esses autores que “entre 1970 e 1976 o emprego saúde cresceu a uma taxa geométrica média anual de 13.0%; baixando para 8.6% entre 1976 e 1980; 6.2% entre 1980 e 1984 e 4,3% entre 1984 e 1987...”

⁶ Referimo-nos especialmente à série de trabalhos realizados por Nogueira, R.P; Médici, A. C. , Girardi, S. N., e Machado, M. H., publicados a partir de meados dos anos 1980 (em especial

Os dados da tabela 4, relativos à evolução dos estoques de empregos no segmento celetista dos mercados de trabalho, confirmam a tendência de arrefecimento dos ritmos de crescimento do emprego em saúde nos anos da década atual.

É curioso observar que, entre 1985 e 1990, as taxas de crescimento do emprego celetista para o conjunto da atividade econômica (3,0% ao ano, em média, no período) foram mais elevadas que as taxas observadas nas atividades de ensino (1,7 % ao ano) e nos serviços de saúde (2,15 ao ano). O emprego nos serviços de saúde, ao longo da década dos noventa, cresceu a taxas médias de 1,17% ao ano, contra o índice de 1,47% ao ano nas atividades de ensino.

Nos anos noventa, a variação negativa do índice anual de emprego para o conjunto da atividade econômica foi a regra, com exceção de 1994 e 1995. O setor de serviços de saúde e as atividades de ensino mostraram índices positivos.

QUADRO 4

Brasil, 1985-1999

Estoque do Emprego por Setores de Atividade Seleccionados

	<i>Todas as Atividades</i>	<i>Adm. Pública</i>	<i>Serviços em Geral</i>	<i>Serviços de Saúde</i>	<i>Ensino</i>
Fev/85	19.986.837	818.181	6.878.651	705.142	627.951
1986	21.002.036	867.121	7.209.947	718.580	634.566
1987	21.967.149	893.489	7.379.566	738.609	644.032
1988	22.078.980	951.992	7.590.550	757.222	656.891
1989	22.534.142	970.957	7.840.516	774.205	671.434
1990	23.187.835	979.372	8.096.569	781.521	684.804
1991	21.943.880	975.730	7.839.160	792.486	699.584
1992	21.552.917	993.282	7.765.208	797.872	711.001
1993	21.040.931	993.916	7.629.822	805.387	709.032
1994	21.118.493	986.607	7.691.312	821.693	717.627
1995	21.443.711	984.426	7.789.528	833.934	727.078
1996	21.179.301	984.574	7.957.861	838.949	740.482
1997	20.960.851	978.228	7.915.151	849.541	755.791
1998	20.854.425	977.570	7.968.212	860.569	769.945
Fev/99	20.260.878	972.797	7.901.056	869.994	776.907

Fonte: CAGED/MTb

QUADRO 5

Brasil, 1985-1999

Taxas de Incremento Bruto Anuais por Setores de Atividade Seleccionados

	<i>Todas as</i>	<i>Adm.</i>	<i>Serviços</i>	<i>Serviços de</i>	<i>Ensino</i>
	<i>Atividades</i>	<i>Pública</i>	<i>em Geral</i>	<i>Saúde</i>	
1987	4,60	3,04	2,35	2,79	1,49
1988	0,51	6,55	2,86	2,52	2,00
1989	2,06	1,99	3,29	2,24	2,21
1990	2,90	0,87	3,27	0,94	1,99
1991	-5,36	-0,37	-3,18	1,40	2,16
1992	-1,78	1,80	-0,94	0,68	1,63
1993	-2,38	0,06	-1,74	0,94	-0,28
1994	0,37	-0,74	0,81	2,02	1,21
1995	1,54	-0,22	1,28	1,49	1,32
1996	-1,23	0,02	2,16	0,60	1,84
1997	-1,03	-0,64	-0,54	1,26	2,07
1998	-0,51	-0,07	0,67	1,30	1,87
Fev/99	-2,85	-0,49	-0,84	1,10	0,90

Fonte: CAGED/MTb

7. As Conexões de Gênero dos Mercados de Trabalho em Saúde

Conforme observamos anteriormente, um traço importante das atividades do setor de serviços de saúde, está relacionado com a preponderância da força de trabalho feminina. O fenômeno pode ser observado em todos os países e faz conexão com atividades que envolvem o trato e o cuidado das pessoas, como a enfermagem, entre outras. No Brasil, o setor de serviços de saúde é o que mostra a maior participação de mulheres na composição do emprego dentre todos os setores de atividade econômica, conforme demonstra o quadro 6.

QUADRO 6**Brasil, 1997****Indicadores Selecionados do Mercado de Trabalho em Setores de Atividade Econômica**

	<i>% Mulheres</i>	<i>Idade Média</i>	<i>% com até 30 anos</i>	<i>% com mais de 50 anos</i>
Saúde	74,17	35	33,87	9,60
Ensino	63,99	37	29,05	13,64
Adm Pública	56,21	39	19,93	16,08
Total	37,78	34	37,72	10,00

Fonte: RAIS/MTb,1997

No quadro 7 apresenta-se o número de vínculos, conforme o registro de empregados da RAIS, apontando-se os índices de participação das mulheres no mercado das diversas profissões de saúde selecionadas. As mulheres ocupam mais de 90% dos vínculos de nutricionistas e assistentes sociais; cerca de 90% dos de psicólogos e enfermeiros; quase 85% dos empregos de pessoal de enfermagem e 81% dos vínculos de terapeutas e fisioterapeutas. As mulheres também detêm a maioria dos vínculos de emprego dos farmacêuticos (67,03%) e dos dentistas (55,49%).

Por seu turno, os homens detêm a maioria dos vínculos de operadores de equipamentos diagnósticos (56%) , dos médicos (62%), dos óticos e ortópticos (67%) e dos veterinários (78%).

QUADRO 7**Brasil, 1997****Indicadores Selecionados dos Mercados de Profissionais da Saúde**

	Número de Vínculos	Índice de Participação Feminina
Médico	136.206	38,17
Dentista	37.721	55,49
Veterinário	7.132	21,65
Farmacêutico	32.715	67,03
Nutricionista	11.238	94,22
Enfermeiro	66.406	88,9
Pess Enferm	415.198	84,13
Assist Social	32.095	90,16
Psicólogo	14.406	89,09
Ortopt/Otico	1.693	32,55
Terapeuta	11.683	81,02
Op Eq Med/Od	19.304	44,43
Outros	132.218	77,81
Total	918.015	73,35

Fonte: RAIS/MTb, 1997.

É importante assinalar a tendência ao aumento da participação feminina no mercado de trabalho da profissão médica. Apesar de que os homens ainda detenham a maioria dos empregos de médicos, sua participação vem diminuindo progressivamente ao longo do tempo. Com efeito, conforme os dados da RAIS, no início da presente década as mulheres detinham 32% dos empregos da categoria ao passo que em dezembro de 1997 o índice de participação feminina subiu para 38%. As mulheres representam 42% do estoque de admissões de médicos realizadas entre janeiro de 1998 e março de 1999. Nas faixas etárias mais jovens (até 30 anos) as mulheres já se responsabilizam pela maior parcela dos admitidos. Entre janeiro de 1998 e março de 1999 as mulheres somaram cerca de 52% das admissões no mercado de trabalho dos médicos.

O quadro 8 mostra as diferenças entre os salários médios, as jornadas de trabalho e a idade média dos homens e mulheres empregadas nas diversas profissões de saúde. Observa-se que não existem praticamente diferenças entre as jornadas dos homens e das mulheres. Relativamente aos salários médios, os homens obtêm melhor remuneração entre os médicos, dentistas, veterinários, operadores de equipamentos, psicólogos e terapeutas. Também entre os trabalhadores auxiliares da área de enfermagem a remuneração dos homens é maior que a das mulheres. Observa-se maior remuneração média para as mulheres nos mercados de enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, óticos e ortópticos.

Os homens apresentam média de idade maior que as mulheres (4 anos no caso dos médicos; 5 nos casos dos dentistas, veterinários e farmacêuticos), exceto no caso dos enfermeiros e pessoal auxiliar de enfermagem, entre os assistentes sociais e os óticos.

QUADRO 8

Brasil, 1997

Indicadores Diferenciais de Gênero nos Mercados de Profissionais da Saúde

	<i>Remuneração Média em SM - Homens</i>	<i>Remuneração Média em SM - Mulheres</i>	<i>Diferencial Salarial a favor dos homens (em %)</i>	<i>Jornada Semanal Homens</i>	<i>Jornada Semanal Mulheres</i>	<i>Idade Média Homens</i>	<i>Idade Média Mulheres</i>
Medico	12,75	11,48	11,06	28	28	42	38
Dentista	9,34	8,79	6,26	28	27	41	36
Veterinario	13,2	10,62	24,29	39	38	40	35
Farmacutico	5,92	6,24	-5,13	38	38	40	35
Nutricionista	7,24	8,01	-9,61	39	38	35	34
Enfermeiro	8,28	8,96	-7,59	38	37	36	37
Pess Enferm	4,63	4,11	12,65	39	39	34	37
Assist Soc	7,25	8,24	-12,01	38	37	36	38
Psicologo	9,94	9,3	6,88	35	34	38	37
Ortopt/Otico	3,74	5,12	-26,95	43	41	33	34
Terapeuta	6,91	6,35	8,82	34	33	35	33
Op Eq Med/Od	6,09	5,33	14,26	30	33	37	37
Outros	7,34	5,31	38,23	38	36	36	34

Fonte: RAIS/MTb, 1997.

8. Os Mercados Profissionais e Ocupacionais da Saúde

Nesta seção trazemos uma análise do mercado de trabalho das principais ocupações e profissões da área da saúde. A esse respeito, as informações colhidas pelo sistema de registros administrativos da RAIS/CAGED tomam por referência a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Em anexo apresenta-se uma lista com as principais especialidades ocupacionais da área da saúde definidas nesta classificação. Em janeiro de 1998 essas categorias somavam 918.015 vínculos formais de emprego no país.

Trata-se de ocupações que, na sua maioria, detêm algum tipo de regulação de delimitação de exercício profissional. Pode-se dizer que o nível e a abrangência (em termos das jurisdições cobertas pela regulação) e a rigidez da regulação é bastante variável e guarda relação (i) com a "essencialidade" da ocupação no processo técnico de produção de serviços de saúde (ou no local de trabalho); (ii) com seu reconhecimento pelo sistema legal e educacional; (iii) com os graus de reconhecimento e legitimidade destas ocupações diante da opinião pública.

Profissões como a de médico, do dentista, do farmacêutico, do enfermeiro, do psicólogo, do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, veterinário, nutricionista, para citar apenas algumas, possuem, formalmente, suas próprias instituições de auto-regulação do exercício profissional, os Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional. Através da instituição de leis específicas de exercício profissional, possuem assegurados territórios de prática que se constituem legalmente como campos exclusivos. Além disso, detêm a prerrogativa de "vigiar" e "prescrever" sobre o exercício nos respectivos campos. Na prática, entretanto, o poder de exercer tais prerrogativas de auto-regulação (ou da regulação de pares) varia muito entre elas, sendo frequentes os conflitos jurisdicionais, que não poucas vezes se resolvem desfavoravelmente às assim chamadas "profissões menores". Tais profissões são também regulamentadas no aspecto educacional, através do sistema das universidades e no plano das relações de trabalho dispõem de entidades próprias para representação de seus interesses.

Outras ocupações referidas na lista não possuem o exercício regulamentado, como é o caso do ótico e ortoptista, do acupunturista, do quiropata, entre outras ocupações técnicas. De uma maneira geral tais ocupações encontram-se demandando a

regulamentação do exercício de suas atividades, no âmbito do poder legislativo. Devido, em parte ao "clima" de desregulação vigente e ao elitismo do nosso sistema de regulação profissional, tais grupos não têm em geral obtido sucesso nos seus pleitos.

Deve ser observado que a lista carece de atualização para melhor captar alguns aspectos e tendências da organização dos serviços de saúde na atual década. Por exemplo, nota-se a ausência da categoria dos agentes comunitários de saúde, que constituem um trabalhador de saúde *sui generis* na medida em que têm como exigência de seleção o fato de residir na comunidade a que prestam seus serviços. De todos os modos, ligado aos novos programas prioritários de atenção básica do Ministério da Saúde, os agentes comunitários compunham em 1998 um contingente nada desprezível de cerca de 90 mil trabalhadores.

Não é possível proceder neste texto a uma análise detalhada dos mercados de trabalho de todas as ocupações referidas. Tomaremos apenas os dados de algumas profissões. O quadro 9 traz uma comparação entre o número de profissionais médicos, dentistas e enfermeiros inscritos nos Conselhos, em relação ao número de vínculos de empregos no mercado formal destas categorias (conforme declarados à RAIS).

QUADRO 9

Brasil e Regiões Geográficas, 1997-1998

Número de Profissionais em Atividade e Empregos segundo categorias selecionadas

	MEDICINA		ENFERMAGEM		ODONTOLOGIA	
	Prof. Ativos*	Empregos**	Prof. Ativos	Empregos	Prof. Ativos	Empregos
BRASIL	221.655	136.296	71.605	66.406	102.714	37.721
Centro Oeste	6,08	4,61	6,02	5,53	7,31	5,42
Nordeste	16,75	18,13	22,46	25,40	12,09	17,35
Sudeste	58,57	60,72	51,07	50,20	63,58	55,93
Norte	3,28	3,22	4,50	3,65	2,89	3,04
Sul	15,33	13,31	15,94	15,21	14,12	18,24
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: RAIS/MTb, 1997 e Conselhos Profissionais

*Profissionais em atividade inscritos nos respectivos conselhos profissionais; ** vínculos de emprego regulamentados no mercado de trabalho (CLT, estatutários, temporários e avulsos regulares)

Embora a interpretação da relação emprego formal *versus* profissional em atividade, implícita na tabela, deva ser tomada com cautela, os dados corroboram

impressões correntes entre analistas da área sobre as características dos mercados de trabalho destas categorias. A menor disponibilidade de empregos formais para dentistas e médicos (0,36 e 0,61 empregos por profissional em atividade, respectivamente) seria compatível com a maior prevalência de situações de exercício autônomo destas categorias, relativamente aos enfermeiros, por exemplo. Por outro lado, talvez de forma mais importante ainda, os dados sugerem a pujança de novas formas de vinculação terceirizada de trabalho, não enquadradas nas formas institucionais usuais das relações de emprego (estatutários, contratados CLT, contratados por prazos determinados, temporários e avulsos). mas, sim, na condição de autônomos organizados em cooperativas de profissionais liberais. Com efeito, a RAIS 96 acusou a existência na economia privada da saúde, de 17.377 empregadores com menos de 5 (cinco) empregados, organizados sob a forma de sociedades por quotas de responsabilidade limitada e 51.499 autônomos com empregados.

Os quadros 10, 11 e 12, mostram o movimento das admissões de médicos, dentistas, enfermeiros e pessoal de enfermagem, respectivamente, para o total das atividades econômicas, para o total da economia privada e para o setor de serviços de saúde (públicos e privados), entre 1986 e 1998.

No total dos ramos de atividades econômicas, nos anos da década dos noventa evidencia-se (quadro 10) uma tendência de queda do conjunto das ocupações, exceto para as enfermeiras. A queda mais acentuada é registrada para os trabalhadores auxiliares na área de enfermagem (técnicos, auxiliares, atendentes, parteiras etc.).

Os dados relativos ao setor de serviços de saúde, mostram, no entanto, movimento contrário. Cresceram as admissões para todas as categorias, com a notável exceção do pessoal auxiliar da área de enfermagem. O volume anual das admissões de enfermeiros cresceu 4 vezes e as de dentistas quase 7 vezes em 1998 com relação ao ano base de 1986. Por seu turno, as admissões de pessoal auxiliar de enfermagem reduziram-se a 20% em relação ao ano base de 1986.

Esses dados apontam para:

- uma crise que atinge o segmento celetista dos mercados de trabalho formais, uma vez que a queda das admissões de celetistas se observa tanto no conjunto das profissões/ocupações de saúde como no conjunto da atividade econômica e na economia privada em geral;

- um dinamismo de demanda de emprego relativamente maior por parte do setor de serviços de saúde;
- uma crise especificamente aguda e persistente nos mercados de trabalho de pessoal de enfermagem.

QUADRO 10

Evolução das admissões CLT, categorias de profissionais de saúde selecionadas e todas as ocupações da economia, Brasil, 1986-98 e índice de incremento de admissões (1986=100)

Ano	Médico	Índice	Enfermeiro	Índice	Pessoal Enferm	Índice	Dentista	Índice	Ocupações da Economia	Índice
1986	19.606	100,00	9.608	100,00	76.856	100,00	5.081	100,00	11.339.825	100,00
1987	20.328	103,68	9.724	101,21	78.349	101,94	4.688	92,27	10.735.316	94,67
1988	22.154	113,00	10.151	105,65	81.646	106,23	5.610	110,41	10.918.489	96,28
1989	21.230	108,28	9.689	100,84	75.240	97,90	5.180	101,95	10.972.975	96,76
1990	20.078	102,41	10.231	106,48	77.539	100,89	4.567	89,88	9.888.443	87,20
1991	17.172	87,59	8.722	90,78	68.352	88,94	3.968	78,09	8.824.427	77,82
1992	15.771	80,44	9.538	99,27	45.441	59,12	3.480	68,49	7.420.120	65,43
1993	18.518	94,45	12.973	135,02	37.398	48,66	3.431	67,53	8.420.819	74,26
1994	18.025	91,94	13.104	136,39	25.697	33,44	2.995	58,95	9.061.456	79,91
1995	18.890	96,35	13.828	143,92	22.612	29,42	3.384	66,60	10.331.981	91,11
1996	16.055	81,89	12.145	126,41	18.409	23,95	2.454	48,30	9.510.053	83,86
1997	15.988	81,55	12.054	125,46	16.610	21,61	2.721	53,55	9.755.376	86,03
1998	16.118	82,21	14.250	148,31	15.816	20,58	2.731	53,75	8.963.776	79,05

Fonte: MTb/SPES/CGIT/Lei 4.923/65

QUADRO 11

Evolução das Admissões CLT, categorias de profissionais de saúde selecionadas do setor de serviços de saúde e índice de incremento de admissões (1986=100), Brasil, 1986-1998

<i>Ano</i>	<i>Medico</i>	<i>Índice</i>	<i>Enfermeiro</i>	<i>Índice</i>	<i>Pessoal</i>	<i>Índice</i>	<i>Dentista</i>	<i>Índice</i>	<i>Ocupações</i>	<i>Índice</i>
					<i>Enferm</i>				<i>de saúde</i>	
1986	7.488	100	2.319	100	446	100	41.244	100	168.558	100
1987	7.266	97	2.386	103	551	124	41.793	101	180.315	107
1988	7.589	101	2.725	118	763	171	42.944	104	175.456	104
1989	6.256	84	2.348	101	521	117	37.388	91	165.136	98
1990	5.987	80	2.565	111	491	110	35.872	87	168.538	100
1991	5.353	71	2.711	117	467	105	35.817	87	150.256	89
1992	4.963	66	2.650	114	370	83	24.225	59	137.369	81
1993	6.053	81	3.609	156	410	92	23.407	57	175.161	104
1994	5.503	73	3.560	154	401	90	17.254	42	181.173	107
1995	6.346	85	4.307	186	514	115	16.465	40	222.454	132
1996	7.662	102	5.804	250	584	131	19.938	48	251.151	149
1997	7.766	104	8.135	351	798	179	10.613	26	250.623	149
1998	7.730	103	9.501	410	697	156	9.910	24	225.331	134

Fonte: MTb/SPES/CGIT/Lei 4.923/65

QUADRO 12

Brasil, 1986-1998

Evolução das admissões CLT nos setores privados, categorias de profissionais de saúde selecionadas e índice de incremento de admissões (1986=100)

Ano	Medico	Índice	Enfermeiro	Índice	Pessoal Enferm	Índice	Dentista	Índice	Ocupações da Economia	Índice
1986	16.609	100	8.745	100	4.251	100	71.945	100	11.121.779	100
1987	17.083	103	8.819	101	3.653	86	73.872	103	10.520.666	95
1988	18.227	110	9.029	103	4.088	96	75.977	106	10.705.529	96
1989	17.028	103	8.586	98	3.794	89	69.784	97	10.786.647	97
1990	16.545	100	9.342	107	3.422	80	73.418	102	9.736.444	88
1991	14.118	85	8.092	93	3.040	72	64.908	90	8.707.659	78
1992	12.377	75	8.818	101	2.531	60	42.244	59	7.310.218	66
1993	14.686	88	12.314	141	2.562	60	35.123	49	8.312.135	75
1994	14.409	87	12.397	142	2.320	55	24.129	34	8.979.060	81
1995	15.604	94	13.225	151	2.680	63	21.045	29	10.218.417	92
1996	12.705	76	11.575	132	1.849	43	16.313	23	9.411.522	85
1997	12.403	75	11.252	129	2.230	52	14.975	21	9.645.938	87
1998	13.130	79	13.629	156	2.327	55	14.308	20	8.858.071	80

Fonte: MTb/SPES/CGIT/Lei 4.923/65

Na verdade, pode-se dizer que três sinais indicam uma inflexão na dinâmica empregatícia do setor saúde no Brasil nos anos noventa em relação às configurações que prevaleceram na década dos setenta até meados dos anos oitenta; (i) o destacado dinamismo das admissões das categorias de pessoal administrativo e de serviços, (ii) a crise dos mercados de pessoal de enfermagem; (iii) a expressa preferência que os empregadores da saúde, especialmente do setor privado, demonstraram pela contratação de pessoal de maior escolaridade. O quadro 13 mostra alguns indicadores que confirmam esses três movimentos.

QUADRO 13

Brasil, 1986-1996

Indicadores Seleccionados do Mercado de Trabalho no Setor de Serviços de Saúde

	<i>31-12-1986</i>	<i>31-12-1998</i>
ÍNDICES GERAIS (PERCENTUAIS)		
% empregos até 4ª série	23,9	15,4
% empregos 2º grau completo	19,9	30,8
% admissões até 4ª série	11,4	5,9
% admissões 2º grau completo	17,4	33,8
ESCOLARIDADE (TAXA DE CRESCIMENTO – 1986=100)		
Até 4ª série	100,0	77,1
4ª a 8ª série	100,0	89,7
1º grau completo	100,0	147,8
2º grau completo	100,0	289,6
3º grau completo	100,0	188,0
CATEGORIAS PROFISSIONAIS (TAXA DE CRESCIMENTO – 1986=100)		
Médicos	100,0	82,8
Enfermeiros	100,0	149,5
Pessoal de enfermagem	100,0	23,7
ÁREAS FUNCIONAIS (PERCENTUAIS)		
Pessoal de Saúde	100,0	79,7
Gerência/Dir	100,0	179,7
Administração	100,0	192,0
Comerc/Venda	100,0	173,7
Serv Hotelaria	100,0	154,0
Serv Guarda	100,0	153,5
Conservação	100,0	139,7
Transportes	100,0	99,3
Sem Qualificação	100,0	996,8

Fontes: RAIS, MTB - para índices do emprego; Lei 4923/65 (CAGED), MTb.

É bastante expressiva a melhoria do perfil de escolaridade do emprego. Verifica-se, de fato:

- uma forte diminuição do peso dos empregos de menor nível de escolaridade (até 4ª série) que baixam sua participação de cerca de 24% para 15% do emprego;
- um aumento significativo da participação dos empregos com segundo grau completo;
- um ligeiro aumento da participação dos empregos de escolaridade superior.
- caem as admissões nas faixas de menor escolaridade e as admissões de trabalhadores com segundo grau completo praticamente triplicam de volume.

Comparando o volume de admissões anuais de trabalhadores nos anos de 1986 e 1998, respectivamente, no setor de serviços médicos nas diversas áreas funcionais, observa-se um maior dinamismo das admissões nas áreas administrativas e de serviços nos dias atuais, ao lado de uma queda nas admissões anuais de pessoal de saúde, bastante acentuada no caso dos trabalhadores auxiliares de enfermagem. Na verdade, esses indícios de crescimento mais que proporcional das categorias de ocupações não vinculadas “tecnicamente” ao cuidado da saúde exigem uma análise mais cautelosa. Existe algo de real nisto, sem dúvida. De fato, a complexificação dos esquemas de financiamento setorial e a expansão das formas institucionais de mercados administrados e planos de saúde (organizações similares às *HMO's* americanas e outras) pode explicar a exigência crescente de pessoal em funções de escrituração e contabilidade bem como no gerenciamento comercial e financeiro nos estabelecimentos. Além disso, tal fenômeno seria compatível com uma observação mais recente de uma mudança de sentido no movimento da terceirização do trabalho nos hospitais. Ao contrário do ocorrido na década dos oitenta e início dos noventa, nos dias de hoje, os hospitais estariam terceirizando o trabalho de profissionais de saúde, ou seja, obtendo, de fonte externa, trabalho de médicos e outros profissionais de saúde (por cooperativas e grupos médicos, agências de mão de obra etc.), ao mesmo tempo em que contratam diretamente o pessoal de gerência e controle administrativo - financeiro.

No entanto, a extensão do desaceleramento da demanda por pessoal auxiliar de enfermagem sugere algo de artificial, especialmente quando se leva em conta os "incentivos" para o subregistro de atendentes a partir da proibição legal de sua contratação preconizada pela Lei do Exercício de Enfermagem em vigor desde 1986. Por

outro lado, um grande contingente desse pessoal classificado como administrativo ou de serviços gerais poderia representar apenas um artifício de classificação ocupacional utilizado para contornar as proibições legais de contratação de pessoal de enfermagem fora das categorias da profissão regulamentadas na lei de exercício da enfermagem e sem registro nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Ao “arrepio” da lei, principalmente a partir dos anos noventa, os estabelecimentos de saúde estariam contratando pessoas *sob denominações ocupacionais administrativas, de serviços e outras não vinculadas ao cuidado à saúde* para o desempenho de atividades de cuidado enfermagem, talvez entre outras ⁷. Há inúmeros indícios a favor desta hipótese, conforme buscaremos demonstrar. Na prática, observa-se que os motivos que levam a gerência dos estabelecimentos de saúde a “burlarem” a lei da enfermagem variam desde a necessidade de contornar problemas de escassez efetiva desse tipo de profissional em alguns mercados até a disposição proposital da contratação alternativa de mão de obra mais barata.

Essas hipóteses foram testadas através de um grupo focal com 30 (trinta) gestores de hospitais das regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste, realizado em Brasília na primeira semana de dezembro de 1998⁸. Segundo os gestores, a tendência ao crescimento da utilização de pessoal nas áreas de administração e de serviços é um dado da realidade dos hospitais, estando vinculado o processo, pelo lado da oferta dos serviços, a fatores tecnológico- organizativos, financeiros e culturais, e, pelo lado da demanda de serviços, a mudanças na estrutura de preferências e hábitos de consumo dos usuários/clientes de serviços de saúde.

Há um movimento geral de especialização e requalificação do trabalho em diversas atividades hospitalares que antes eram exercidas por força de trabalho não diferenciada. Os gestores apontam para um movimento de especialização do trabalho na área de enfermagem - que tenderiam a se concentrar em atividades típicas de enfermagem

⁷Realizamos o referido grupo focal como parte de uma pesquisa sobre os mercados de trabalho na área de enfermagem encomendada pelo PROFAE – Programa de Formação de Trabalhadores na Área de Enfermagem, da Secretaria de Gestão de Investimentos do Ministério da Saúde. Os resultados do grupo focal referido encontram-se em Girardi (1999).

⁸ A Lei de Exercício da Enfermagem de 1986, conforme se sabe, decretou a extinção da figura do atendente de enfermagem e ocupações correlatas, definindo como categorias “auxiliares” na área da enfermagem apenas o auxiliar de enfermagem e o técnico de enfermagem; e estabeleceu um prazo de 10 (dez) anos para que os estabelecimentos de saúde fizessem a “conversão” de seus enormes estoques de pessoal de enfermagem não regulamentado, através de estratégias de formação profissional, em categorias regulamentadas na lei. Ao lado disto, buscou-se impedir que os serviços admitissem trabalhadores sem habilitação para exercerem funções de enfermagem.

(especialmente na área de cuidados). Do mesmo modo, há uma especialização crescente nos seguintes setores:

- serviços de transporte externo e interno de pacientes de hotelaria (cama, copa, arrumação de quartos etc.);
- escrituração dos prontuários;
- escrituração, comercialização e controle de contas ;
- recepção de pacientes;
- dispensação de medicamentos e dieta;
- apoio propedêutico;
- lavanderia.

O aumento dos custos do trabalho de enfermagem, decorrente da proibição da contratação de profissionais não regulamentados para o exercício de atividades de enfermagem e da exigência de qualificação profissional dos atendentes, processos que tiveram efetiva fiscalização dos CORENS (Conselhos Regionais de Enfermagem), teve por efeito concentrar, na medida das possibilidades de cada serviço, o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem nas atividades de cuidado ao paciente e outras atividades mais complexas da divisão do trabalho na área, liberando-os dos trabalhos administrativos e de serviços mais simples (hotelaria, escrituração, limpeza etc.); por outro lado, deslocou os atendentes e demais categorias que exerciam concomitantemente atividades de cuidados de enfermagem e atividades de apoio administrativo e de serviços para uma concentração exclusiva nestas últimas. Os atendentes não "convertidos" em auxiliares de enfermagem acabaram por assumir postos tais como o de "escriturário" (escrita e transcrição de prontuários de evolução médica e de enfermagem) e "auxiliar de registros", entre outros.

Esse conjunto de mudanças organizacionais e ocupacionais pode ser responsabilizado, em grande parte, tanto pelo crescimento da demanda de empregos administrativos e de serviços quanto pela diminuição aparente da demanda por pessoal auxiliar de enfermagem⁹.

⁹ Do ponto de vista da composição do emprego por especialidade funcional, observa-se que as categorias de pessoal de saúde (profissionais e técnicos da área da saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, etc.) representam perto de 42% do total dos empregos dos serviços de saúde, enquanto o pessoal administrativo e de serviços gerais detém 58% do emprego. O emprego de pessoal de enfermagem soma aproximadamente 30% do total do setor. Os enfermeiros representam perto de 3,6%; os auxiliares de enfermagem perto de 15% e os atendentes e demais categorias de pessoal auxiliar na área de enfermagem perto de 13% da força de trabalho dos serviços médicos. É de extrema relevância atentar para o fato de que a atual composição funcional do emprego setorial representa um quadro muito distinto daquele vigente nas décadas de 70 e 80. O Censo de 1980 apontava para uma situação de paridade entre

9. Formas Institucionais do Emprego em Saúde

Vimos que mais de 3000 estabelecimentos hospitalares existentes no País conformam-se ao critério adotado pelo IBGE para caracterizar o setor informal. Observa-se que 42,3 % destes estabelecimentos constituem-se como sociedades privadas por quotas de responsabilidade limitada e 24,3% como estabelecimentos de propriedade de autônomos com empregados. Esses estabelecimentos absorvem não mais que 0,5% do total dos vínculos formais de emprego existentes no segmento hospitalar dos serviços de saúde do país.

Uma hipótese que pode ser aventada, com relação a esse segmento, é que se trata de uma rede constituída de pequenas sociedades de profissionais (mini-empresas), motivadas, na sua constituição, por incentivos de natureza fiscal e tributária. Provavelmente, uma grande parte dessas sociedades são estabelecidas em articulação com organizações hospitalares "sem finalidades lucrativas" (instituições filantrópicas, ente outras), seja no âmbito físico dessas organizações, seja como entes externos, fisicamente separados, mas fornecendo serviços de "terceiros"¹⁰.

Os quadros 14 e 15 mostram, respectivamente em relação ao setor privado e ao setor público, as formas institucionais predominantes do emprego em saúde no Brasil. As sociedades por quotas de responsabilidade limitada respondem pela propriedade de 45,42% dos hospitais privados, seguidas em termos de prevalência pelas sociedades sem fins lucrativos (19,68%) e pelas empresas lucrativas (13,19%). Mostra-se relativamente importante a participação dos autônomos com empregados (9,35%) como proprietários de estabelecimentos hospitalares. Com relação à demanda por empregos, as sociedades sem fins lucrativos respondem por 44,73% dos empregos existentes nos hospitais privados, seguidas pelas sociedades por quotas, que empregam 24,08% dos ocupados no segmento.

empregos em funções administrativas e o emprego de pessoal de saúde. Conforme os dados da AMS, em média, nos anos 80 os empregos em administração e serviços gerais somavam cerca de 36% e os empregos em atendimento direto e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico 64% dos postos de trabalho em estabelecimentos de saúde. Assim, o fato de as denominações ocupacionais administrativas e de serviços representarem hoje cerca de 60% das ocupações do setor constitui uma verdadeira inversão de perfil e não deixa de ser surpreendente.

¹⁰ Supõe-se que seja mais difícil que essas redes de serviços se constituam no interior de organizações empresariais lucrativas, uma vez que elas comprometeriam suas margens de lucratividade.

QUADRO 10

Brasil, 1997

Hospitais Privados: Distribuição percentual de estabelecimentos e empregos segundo natureza jurídica da instituição

Natureza Jurídica	% estabelecimentos	% empregos
Sociedade por Quota	45,42	24,08
Sociedade sem fins lucrativos*	19,68	44,73
Sociedade com fins lucrativos**	13,19	13,63
Fundação Privada	3,38	10,7
Autônomos com empregados	8,98	0,26
Outras Formas	9,35	6,6
Total	100	100

Fonte: RAIS, 1997.

*Inclui associações ligadas a igreja e entidades classistas

**Inclui sociedade civil com fins lucrativos e sociedades anônimas de capital fechado

Com relação à parcela dos hospitais públicos enquadrados na variável MED ODON VET, preponderam, no que diz respeito ao volume de força de trabalho formalmente empregada, as fundações e autarquias estaduais, com 36,80% e 23,99% dos ocupados, respectivamente e as instituições da administração direta do poder executivo federal, com 11,13%, conforme demonstra o quadro 11. Com relação ao número de estabelecimentos, observa-se que 25,27% constituem-se como fundações municipais e 26,01% se constituem como empresas públicas fechadas. Estas últimas formas institucionais concentram 8,63% e 2,83% da força de trabalho ¹¹.

¹¹ É importante notar que o número de estabelecimentos hospitalares públicos está muito subestimado nos registros da RAIS.

QUADRO 11

Brasil, 1997

Hospitais Públicos: Distribuição percentual de estabelecimentos e empregos segundo natureza jurídica da instituição

<i>Natureza Jurídica</i>	<i>% de estabelecimentos</i>	<i>% de empregos</i>
Fundação Estadual	7,69	36,8
Autarquia Estadual	1,83	23,99
Administração Federal Direta	5,49	11,13
Fundação Municipal	25,27	8,63
Autarquia Municipal	9,52	5,38
Empresa Pública Ltda	26,01	2,83
Organização Autônoma de Direito Público	5,13	3,65
Outros	19,06	7,59
Total	100,00	100,00

Fonte: RAIS MTB.

Tomando em conta a distribuição por esfera de governo, o quadro é o seguinte: a administração federal concentra 8,79% dos estabelecimentos e 12,26% do emprego; a administração estadual concentra 12,08% dos estabelecimentos e 61,08% do emprego e a administração municipal concentra 39,57% dos estabelecimentos e 11,43% do emprego.

ANEXO

Lista de Ocupações de Saúde por Especialidade Ocupacional

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

Acupunturista
Agente de Saúde Pública
Assistente Social
Atendente de Enfermagem
Auxiliar de Banco de Sangue
Auxiliar de Enfermagem
Auxiliar de Laboratorio de Análises Clínicas
Bacteriologista
Contactólogo
Dentista
Dietista
Enfermeiro
Farmacêutico
Farmacologistas
Fisioterapeuta
Fonoaudiólogo
Instrumentador de Cirurgia
Massagista
Médico Veterinario
Médico
Nutricionista
Operador de Eletrocardiógrafo
Operador de Eletroencefalógrafo
Operador de Raio X
Óptico
Ortoptista
Parteira
Parteira Prática
Professor (de Anatomia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Enfermagem etc.)
Protético Dentário
Psicólogo
Quiropata
Recepcionista de Consultório Médico ou Dentário
Técnico de Laboratório de Análises Clínicas
Técnico de Ortopedia
Técnico em Higiene Dental
Terapeuta Ocupacional
Visitador Sanitário

BIBLIOGRAFIA

Campos, F.E. e Albuquerque, E. M. *As especificidades contemporâneas do trabalho em saúde* - in **Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde** (Castro, J.L e Santana, J.P; orgs.); Brasília: OPAS/OMS; Natal: UFRN/NESC, 1998

Girardi, S. N. *O Perfil do Emprego em Saúde no Brasil*, in: **Cadernos de Saúde Pública**, RJ., 2(4): 423- 49, Out/Dez, 1986.

_____. **Dossiê "Mercado de Trabalho em Enfermagem no Brasil"**, Ministério da Saúde do Brasil, mimeo, 1999, 133pp

_____. e Santana, J. P. *Recursos Humanos em Saúde: Reptos Atuais*. **Educ Med Salud**, Vol. 27, No. 3 (1993), pp- 341-356.

IBGE. Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 1992.

_____. Pesquisa do Setor Informal no Brasil, 1997.

Kuttner, R. **Tudo à venda: as virtudes e os limites dos mercados**, Companhia das Letras: São Paulo, 1998.

Machado MH et al: **O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: Estrutura e Conjuntura**, ENSP, Textos de Apoio, Rio de Janeiro, 1992.

Ministério do Trabalho e Emprego - CODEFAT. Relação Anual de Informações Sociais - RAIS, MTB-CODEFAT, 1997.

_____. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - CAGED, 1985-1999.

Nogueira, R.P. **Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil 1970 - 1983**. Brasília: OPS, 1986.

Zayen et al. **Economia Política da Saúde: Uma perspectiva quantitativa**. Texto para discussão no. 370, IPEA, 1995