i

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Instituto de Economia

ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES DE TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIRO

Luiz Marcos de Oliveira Silva

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Economia da UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Econômico – área de concentração: Economia Social e do Trabalho, sob a orientação do Prof. Dr. Cláudio Salvadori Dedecca.

Este exemplar corresponde ao original da dissertação defendida por ***Luiz Marcos de Oliveira Silva*** *em* ***06/07/2006*** *e orientado pelo* ***Prof. Dr. Cláudio Salvadori Dedecca.***

CPG, 06 / 07 / 2006

Campinas, 2006

Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca do Instituto de Economia/UNICAMP

Si38o

Silva, Luiz Marcos de Oliveira.
Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saude brasileiro / Luiz Marcos de Oliveira Silva. — Campinas, SP: [s.n.], 2006.

Orientador : Claudio Salvadori Dedecca.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia.

1. Mercado de trabalho. 2. Relações trabalhistas. 3. Serviços de saude. I. Dedecca, Claudio Salvadori. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economia. III. Titulo.

06-058-BIE

Título em Inglês: Organization and labour relations in brazilian health services
Keywords: Labor force, Labor relations, Health services
Área de concentração: Economia Social e do Trabalho
Titulação: Mestre em Desenvolvimento Economico
Banca examinadora: Prof. Dr. Claudio Salvadori Dedecca
Prof. Dr. Geraldo Di Giovanni
Prof. Dr. Cesar Ricardo Siqueira Bolaño
Data da defesa: 06-07-2006
Programa de Pós-Graduação: Desenvolvimento Economico

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Luiz Marcos e Cláudia, ao meu irmão, Alexandre, e à minha noiva, Ariane Cedraz, que me aturaram durante todo o mestrado, e sempre incentivaram e apoiaram meus estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste trabalho.

Ao professor Cláudio Salvadori Dedecca, por sua contribuição ao desenvolvimento deste trabalho, e por aturar os meus acessos de "megalomania".

Aos professores do Instituto de Economia da UNICAMP, que contribuíram decisivamente para a essa importante etapa da minha formação intelectual.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio material recebido, sem o qual não seria possível o desenvolvimento deste trabalho.

Por fim, agradeço aos meus colegas e amigos do Instituto de Economia, particularmente os do Mestrado em Desenvolvimento Econômico, e a todos aqueles que contribuíram com suas críticas construtivas e sugestões para a realização deste trabalho.

Muito obrigado a todos!

Luiz Marcos de Oliveira Silva
Campinas, julho de 2006

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA iii

AGRADECIMENTOS v

SUMÁRIO vii

LISTA DE QUADROS E TABELAS ix

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS xi

RESUMO xiii

ABSTRACT xv

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO 1 - PARA UMA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE .. 9

1.1 – Características e Especificidades do Setor de Saúde 9

1.1.1 - Características do trabalho no setor de saúde 14
1.1.2 - Processos de trabalho, formas artesanais de organização e acumulação de capital em saúde 16

1.2 – Saúde, Trabalho e Regulação Estatal 21

1.2.1 – Saúde e regulação estatal nos países avançados 22
1.2.2 - Desenvolvimento capitalista no setor de saúde brasileiro 31
1.2.3 – O processo de reforma do sistema de saúde brasileiro 37

CAPÍTULO 2 - O MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL. 47

2.1 – Notas sobre os processos de estruturação e regulamentação do mercado de trabalho em saúde no Brasil 48

2.1.1 - Regulação do trabalho em saúde 49
2.1.2 – Regulamentação do trabalho em saúde 52
2.1.3 - Evolução dos Recursos Humanos em saúde no Brasil até os anos 1980 57

2.2 – Ampliando a noção de mercado de trabalho em saúde 61

2.2.1 – O Macro-Setor Saúde 61
2.2.2 – A dimensão ocupacional do setor de saúde brasileiro 62

2.2.3 – O perfil dos ocupados no setor de saúde brasileiro 67
2.2.4 – As principais ocupações do núcleo do setor de saúde 76

CAPÍTULO 3 - FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE 83

3.1 – Transformações estruturais da economia e impactos sobre o trabalho 83
3.2 – As relações de trabalho no setor de serviços de saúde na década de 1990.... 88

CONSIDERAÇÕES FINAIS 103

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 107

ANEXOS 115

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Síntese das fontes de dados e informações sobre recursos humanos em saúde 6
Quadro 2 - Falhas do mercado no financiamento da assistência médica.....13
Quadro 3 - Formas de financiamento e tipos de prestadores dos sistemas de saúde em países selecionados - 1998 30
Quadro 4 - Impactos das reformas sobre o desempenho do pessoal de saúde 38
Quadro 5 - Componentes do sistema de saúde e principais formas de participação do Estado 45
Quadro 6 - Modelo teórico das relações entre políticas de saúde, organização dos serviços e dinâmica da força de trabalho em saúde.....48
Quadro 7 - Legislação sobre a regulação do exercício e a criação dos conselhos de profissão 55
Quadro 8 - Estimativa do emprego gerado nas atividades de atendimento à saúde - 199165
Quadro 9 - Estimativa do emprego gerado nas atividades de atendimento à saúde - 200065
Quadro 10 - Emprego formal em saúde - Relação Anual de Informações Sociais - 200066
Tabela 1- Taxas médias anuais de crescimento do Produto Interno Bruto por período (em %) - países selecionados - 1870 a 1998.....24
Tabela 2 - Ganhos médios reais anuais de produtividade do trabalho por período - diversas fases históricas do capitalismo 24
Tabela 3 - Distribuição dos serviços médico-assistenciais comprados pela Previdência Social - Brasil - 1978 34
Tabela 4 - Estimativa de despesas por tipo de assistência e natureza jurídica da rede assistencial responsável pela cobertura - 2002/2003.....44
Tabela 5 - Proporção de Equipamentos Disponíveis aos Segmentos da População Cobertos Exclusivamente pela Rede de Serviços do SUS.....44
Tabela 6 - Composição e crescimento do emprego em saúde: Brasil: 1980 a 1987 58
Tabela 7 - Número de empregos por categoria profissional - Brasil, 1984.....58
Tabela 8 - Participação relativa dos profissionais de saúde por natureza administrativa, segundos as regiões - Brasil, 1984 59
Tabela 9 - Distribuição do número de empregos criados e de médicos e enfermeiros formados - Brasil, 1977 a 1983 60
Tabela 10 - Evolução da participação das mulheres segundo algumas categorias de profissionais de saúde - Brasil, 1970-1980.....61
Tabela 11 - População Economicamente Ativa (PEA), população ocupada e ocupados no setor saúde 64
Tabela 12 - Diferenciais de rendimento hora entre grupos ocupacionais (1991 e 2000)68
Tabela 13 - Distribuição da população ocupada e dos ocupados no setor de saúde segundo o grau de instrução (censo 1991 e 2000) 69
Tabela 14 - Diferenciais de rendimento hora entre grupos ocupacionais por gênero (em %) - Brasil - 1991 e 2000 72
Tabela 15 - Participação das ocupações selecionadas e estrutura de remuneração em relação à remuneração média do mercado de trabalho 77
Tabela 16 - Distribuição das Ocupações Selecionadas por Gênero 78
Tabela 17 - Diferencial de remuneração das mulheres em relação aos homens nas ocupações selecionadas da saúde 78
Tabela 18 - Distribuição das ocupações selecionadas por Faixas de Escolaridade (Censo de 2000).....79
Tabela 19 - Distribuição das ocupações selecionadas por Posição na Ocupação – Censo 200080

Tabela 20 - Diferencial das Remunerações das ocupações selecionadas por Posição na Ocupação em relação à média – Censo 2000 80
Tabela 21 - Taxas de variação do pessoal ocupado por posição na ocupação - Brasil - 1981 a 1999 85
Tabela 22 - Número de médicos e empregados nas operadoras de planos de saúde - Brasil - 1999/2000 94
Tabela 23 - Diferencial de remuneração entre os estabelecimentos empregadores e a média das remunerações pagas no núcleo do setor saúde 100

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 - Número de Médicos por mil habitantes - 1991 70
Figura 2 - Número de Médicos por mil habitantes - 2000 70
Gráfico 1 - Gasto social como percentual do Produto Interno Bruto – 1990 a 2001 (Países Selecionados)..... 28
Gráfico 2 - Operadoras por região da sede e modalidade – Brasil, 2005 37
Gráfico 3 - Distribuição dos ocupados em saúde segundo a região 67
Gráfico 4 - Rendimentos na saúde por graus de instrução (1991 e 2000)..... 71
Gráfico 5 - Ocupados em saúde no Brasil – 2000 72
Gráfico 6 - Distribuição da ocupação na saúde e da população ocupada segundo a posição na ocupação – Brasil, 1991 (%) 73
Gráfico 7 - Distribuição da ocupação na saúde e da população ocupada segundo a posição na ocupação – Brasil, 2000 (%) 74
Gráfico 8 - Rendimento hora dos ocupados em saúde e da população ocupada total segundo a posição na ocupação, Brasil - 1991 75
Gráfico 9- Rendimento hora dos ocupados em saúde e da população ocupada total segundo a posição na ocupação, Brasil - 2000 76
Gráfico 10 - Taxa de crescimento do número de ocupados segundo tipo de inserção ocupacional. Brasil, 1992-2003... 88
Gráfico 11 **-** Quantitativo (força de trabalho) dos Servidores Públicos Federais Civis Ativos do Poder Executivo no Ministério da Saúde - 1997 a 2005 91
Gráfico 12 – Emprego no núcleo do setor saúde por natureza jurídica do estabelecimento 92

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é dimensionar e analisar a evolução do mercado de trabalho no âmbito do setor de saúde brasileiro, principalmente a partir da década de 1990, desenvolvendo um estudo específico sobre as formas de organização e as relações de trabalho dos profissionais diretamente ligados à prestação de serviços de saúde. No primeiro capítulo são discutidas as características e especificidades do setor de serviços de saúde, enfatizando as formas de regulação do trabalho, a dinâmica de incorporação tecnológica e a questão do risco associado à prestação desses serviços, esboçando uma crítica aos pressupostos microeconômicos da economia da saúde. Além disso, considerando o imperativo histórico de revisão da ação pública no interior do setor de saúde – imposta por um conjunto de questões políticas e econômicas – enfatizam-se os novos arranjos entre os setores público e privado nos países avançados. Em seguida, faz-se uma breve síntese acerca da forma de desenvolvimento capitalista no setor de saúde brasileiro.

O segundo capítulo apresenta, em sua seção inicial, os movimentos de estruturação e de regulamentação do mercado de trabalho em saúde, que ocorre principalmente até o final da década de 1980 (e ainda no início da década de 1990), discutindo as formas de regulação, o processo de regulamentação das profissões ao longo do período e a evolução de indicadores básicos do mercado de trabalho em saúde. São apresentadas, ainda, a dimensão do macro-complexo da saúde no Brasil e sua importância no que se refere à capacidade de geração de emprego e renda para a economia brasileira. Faz-se, logo depois, uma análise do perfil dos ocupados em saúde e dos trabalhadores que compõem o núcleo de atenção à saúde no Brasil a partir dos micro-dados dos Censos Demográficos e das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (IBGE), discutindo a dinâmica do mercado de trabalho em saúde.

No terceiro capítulo, apresenta-se o quadro macroeconômico de ajuste estrutural e as modificações no desenho institucional do sistema de saúde brasileiro, em que se assentam transformações importantes no que se refere à gestão da força de trabalho na década de 1990, e que favoreceram a proliferação de modalidades alternativas de vinculação e remuneração no setor de saúde. Por fim, faz-se a sistematização dos principais resultados encontrados, sintetizando as informações contidas ao longo do trabalho, enunciando as principais conclusões obtidas durante a pesquisa e propondo algumas diretrizes de políticas e formas de encaminhamento da discussão.

ABSTRACT

The objective of the present work is to situate and analyze the evolution of the labor market in the Brazilian health care sector from the 1990's, specifically studying the organizational forms and the work relations of professionals directly tied to providing health services. In the first chapter the characteristics and specifics of the health services sector are presented, emphasizing forms of work regulation, the dynamics of incorporating technological advances, and the question of the risk associated with the installment of these services, challenging microeconomic presuppositions of the health economy. Furthermore, considering the historical imperatives and revisions of public actions in the health sector - imposed due to a series of political economic questions - the new arrangements between the public and private sectors in the advanced countries are emphasized. Following is a brief synthesis concerning the capitalist form of development in the Brazilian health sector.

The second chapter presents, in its initial section, an outline of the structural and regulation movements of the health labor market, that occurred mainly at the end of the 1980's (and at the beginning of the 1990's), it discusses the forms of regulation, regulation processes for professions throughout the period, and the evolution of basic indicators of the health care labor market. Also presented is a framework of the health care macro-complex in Brazil and its importance in employment creation and income increases in the Brazilian economy. Finally, the chapter analyses health care labor market dynamics by investigating employment profiles of health care workers, based on micro-data from the Demographic Census (Censos Demográficos e das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios - IBGE).

In the third chapter, a picture is presented of the macroeconomic structural adjustment and the modifications in the institutional design of the Brazilian health system which represent the basis of important transformations in the management of the labor force in the 1990's that favored the proliferation of alternative modalities of contracting and remuneration in the health sector. Finally, a systematization of the main results is presented, synthesizing the information contained throughout the work, enunciating the main research conclusions and proposing lines of politics action and guidelines for future research.

INTRODUÇÃO

Considerações sobre os estudos em Economia da Saúde

Esta recente área de especialização, a Economia da Saúde, surgiu juntamente com as pesquisas, os estudos sistemáticos e a aplicação de instrumentos econômicos a questões estratégicas e operacionais desse setor. Os profissionais dessa área, tradicionalmente multidisciplinar, tem ganhado bastante visibilidade e importância no processo de planejamento e também na administração dos serviços de saúde. Norteados pelo princípio da competitividade, utilizam-se de noções como a de focalização e seletividade da ação pública para melhorar a "eficiência" do sistema de saúde (PIOLA e VIANNA, 2002).

Nesta etapa histórica, de avanço do capitalismo e de seus conflitos intrínsecos, a saúde ganha terreno no pensamento econômico e social. E foi justamente com o objetivo de moldar de acordo com a sua conveniência o desenho das políticas sociais que a escola neoclássica se apropriou da questão da saúde, produzindo e sistematizando conhecimentos de forma a legitimar a acumulação no setor[1]. Nesse sentido, as teorias do capital humano têm reduzido o homem a um simples componente do processo produtivo e a atenção à saúde tem sido vista como um mero investimento que gera retornos em termos de elevação da produtividade e melhoria do desempenho econômico. Nas palavras de Braga e Paula (1986: 24), "tal procedimento dá suporte ideológico à noção de que a saúde é funcional para o processo de acumulação e produção, e seus métodos tendem a se tornar a base analítica para a determinação política do nível apropriado de dispêndios em atenção à saúde".

Para José Carlos de Souza Braga e Sérgio Góes de Paula (1986: 19 e 25), foi o pensamento neoclássico que trouxe a questão da saúde para a pauta de discussões. No entanto, por não estarem interessados com os reflexos macroeconômicos ligados ao setor de atenção à saúde, acabam por se preocupar única e exclusivamente com aspectos microeconômicos ou aqueles ligados à gestão dos recursos. Ademais, incorrem no erro de perder a visão global das relações sociais envolvidas no processo de atenção à saúde, ao mesmo tempo em que apresentam um etnocentrismo bastante acentuado, não considerando, em seus modelos, os fatores históricos e culturais que diferenciam as sociedades.

Talvez o maior problema do pensamento neoclássico aplicado à questão da saúde – além das tentativas de ignorar as características especiais do setor – seja o erro analítico que impede que se reconheça que os níveis de saúde da população são determinados pela estrutura social e econômica. Ao pensar a saúde como uma utilidade em si mesma, a análise marginalista trata a saúde como um bem comum, que estaria também sujeito às medidas racionais da decisão econômica (BRAGA e PAULA, 1986: *passim*).

Pior que isso, suscita questões éticas o simples fato de estabelecer métodos que buscam critérios para escolher prioridades com o intuito de facilitar a tomada de decisão. Isto se

[1] Como se sabe, as "diferenças de percepção do mundo influem diretamente na organização dos serviços de saúde. Nesta perspectiva, desenha-se um conflito entre a população *ativa* e o conjunto das populações *inativas* (idosos, doentes, inválidos, crianças, desempregados...) que entendem que devem [se] beneficiar de condições de vida comparáveis às dos ativos" (BERÉSNIAK e DURU, 1999: 198; itálico no original).

coloca de forma particularmente importante neste caso porque realizar uma avaliação pode significar também emitir um juízo de valor sobre uma determinada terapia ou programa de saúde. Ou seja, "a economia, enquanto ciência da repartição eficiente dos recursos, pode emancipar-se da aritmética. Basta integrar o fato de que uma só vida humana pode assumir valores muito diferentes em função das circunstâncias" (BERÉSNIAK e DURU, 1999: 204).

Dessa forma, fica evidente que:

> O problema suscitado é o do relacionamento de uma procura infinita com um sistema finito... Será necessário decidir que tal doença, tal espécie de sofrimento, não irá dispor de qualquer proteção, que em certos casos a própria vida não terá nenhuma salvaguarda... É nesta circunstância que uma certa racionalidade se torna, em si mesma, escandalosa (FOUCAULT *apud* BERÉSNIAK e DURU, 1999: 202).

A atenção à saúde deveria, de forma alternativa, ser examinada considerando o movimento de acumulação do capital, e sob a ótica das influências que o setor sofre da estrutura produtiva, visto que a saúde, fazendo parte dos mecanismos de reprodução da força de trabalho, é um item da cesta de consumo da população e, portanto, é influenciada por fatores políticos e econômicos que devem ser considerados em uma análise mais comprometida com a realidade (BRAGA e PAULA, 1986: 37-38).

De acordo com Carlos Gadelha (2003: 531):

> A análise da evolução e os desafios apresentados pelo complexo industrial da saúde tornam uma necessidade a introdução de um enfoque dinâmico no campo da saúde, que focalize os processos de desenvolvimento, de acumulação de capital e inovações, recuperando abordagens de economia política, com destaque para as tradições keynesianas, marxistas e schumpeterianas (...).

Em tempos de crise no sistema de saúde, deve-se ter cautela na utilização dos resultados dos estudos da Economia da Saúde, com a finalidade precípua de evitar as possíveis distorções causadas pelos estudos de avaliação econômica norteados exclusivamente por técnicas quantitativas e por noções pretensamente neutras de eficiência, assim como para evitar o aparecimento ou a proliferação dos já conhecidos "profissionais" do tipo "aprendiz de feiticeiro", que fazem descobertas, realizam experimentos, e em seguida perdem o controle dos fenômenos que eles mesmos deram origem, situação que freqüentemente culmina em desastres, inadmissíveis em se tratando de vidas humanas (BERÉSNIAK e DURU, 1999: 206).

A partir desta perspectiva, o objetivo deste trabalho é contribuir para o resgate da tradição de análise dos sistemas de atenção à saúde baseada na economia política, que considera as determinações mais gerais dos níveis de saúde da população e que vê o setor de saúde como um espaço diferenciado de acumulação de capital, cujas características econômicas e sociais merecem análises mais críticas e reflexivas. Ademais, pretende-se discutir a questão da saúde numa perspectiva histórica, considerando as transformações técnico-sociais do processo produtivo e o ambiente político-econômico em que se inserem.

Importância do setor de saúde na geração de emprego e renda

Atualmente é amplamente conhecida a expressiva dimensão econômica do macro-complexo da saúde, que apresenta, associada ao aparato de prestação de serviços, uma gama de

atividades geradoras de emprego e renda, nos mais diversos setores produtivos, desde segmentos industriais de fornecedores de insumos e equipamentos a segmentos especializados no financiamento dos serviços de saúde, passando por atividades de comercialização, segmentos de atividades estratégicas, de pesquisa e desenvolvimento (P & D) e de ensino em saúde[2].

Assim sendo, deve-se levar também em consideração o papel dos gastos do Estado em saúde como importante forma de estímulo à demanda agregada, e conseqüentemente para a elevação do nível de atividade econômica. Pois, como bem nota Girardi (1999: 126):

> (...) 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 adicional às dimensões assistenciais curativas, preventivas, reparadoras ou de promoção da saúde, não importa, para as quais eles estariam precipuamente voltados. Na verdade, da perspectiva da política social ou da macroeconomia, o setor poderia ter um potencial suplementar de ser capaz de 'amortecer', através da geração de emprego e renda, o impacto social das tendências de crescimento do desemprego nas sociedades modernas.

Ademais, fica claro o caráter prioritário dos investimentos no setor de saúde, por sua capacidade de geração de emprego e renda, pelo perfil de trabalho relativamente mais estruturado e regulamentado e, de maneira destacada, pelas externalidades associadas à conseqüente elevação dos níveis de saúde da população.

A problemática e as hipóteses do trabalho

São duas as preocupações fundamentais desta dissertação. A primeira diz respeito à análise da evolução do mercado de trabalho em saúde como um todo – com especial atenção ao núcleo do setor –, que é afetado, obviamente, tanto por questões de caráter macroeconômico quanto por razões relacionadas a especificidades do sistema de saúde brasileiro. A segunda está ligada à necessidade de adentrar em uma discussão mais específica, bastante cara aos profissionais que trabalham com Recursos Humanos (RH) em saúde: a ampliação da precariedade das condições e relações de trabalho de muitos profissionais da área de saúde. Questão essa que está ligada, de uma maneira geral, ao processo de flexibilização das relações de trabalho aprofundado nos últimos anos da década de 1990, e que vêm se traduzindo em uma infinidade de possibilidades de vinculação e remuneração do pessoal de saúde.

Esta preocupação se justifica porque:

> (...) um grande contingente de profissionais do setor público de saúde, que é calculado em, aproximadamente, 800 mil trabalhadores, estão precarizados, o que equivale a quase 40% da Força de Trabalho inserida no setor, envolvendo as mais diversas modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contrato temporário, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços por meio da CLT, etc. Todas essas modalidades de relações precárias de trabalho, além de

[2] Deve-se ter em mente, portanto, a complexidade do macro-setor saúde, que agrega atividades econômicas bastante diversas, que funcionam segundo lógicas próprias e que diferem significativamente entre si. Para entender o funcionamento destes setores sugere-se a leitura de Negri e Di Giovanni (2001).

> contrariarem os preceitos constitucionais previsto no art. 6º da Constituição Federal, colocam em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social, aqueles que prestam assistência à população (BRASIL, 2003b: 09).

No que se refere especificamente ao primeiro conjunto de questões, importa explicitar a crescente importância do setor de saúde (e da cadeia produtiva associada a ele) como gerador de emprego e renda, a despeito da deterioração dos níveis médios dos salários verificada nos últimos anos. Ademais, parece relevante apontar as principais causas e conseqüências dos processos de desregulamentação e desestruturação do mercado de trabalho em geral, assim como explicitar seus impactos sobre o mercado de trabalho interno ao setor de saúde. A esse respeito, interessaria avaliar a performance de indicadores como a evolução do nível de emprego, as alterações nos níveis de renda e graus de instrução desses trabalhadores, assim como as modificações nos tipos de vínculo desses profissionais, que podem comprovar uma eventual diminuição na proporção de trabalhadores protegidos em relação ao total.

O segundo conjunto de questões aponta para a discussão acerca da interação entre as variáveis que regem o mercado de trabalho em geral com aquelas mais específicas do setor analisado, e que parecem apontar para uma síntese perversa para o trabalhador da saúde. Em outros termos, interessa avaliar como a conformação do Sistema Único de Saúde (SUS), e notadamente o processo de descentralização da gestão e dos serviços de saúde, influenciou o mercado de trabalho em saúde, tornando-o mais flexível e precário.

Objetivos e apresentação das seções do trabalho

O objetivo do presente trabalho é, portanto, dimensionar e analisar a evolução do mercado de trabalho no âmbito do setor de saúde brasileiro, principalmente a partir da década de 1990, desenvolvendo um estudo específico sobre as formas de organização e as relações de trabalho dos profissionais diretamente ligados à prestação de serviços de saúde.

No primeiro capítulo são discutidas as características e especificidades do setor de serviços de saúde, enfatizando as formas de regulação do trabalho, a dinâmica de incorporação tecnológica e a questão do risco associado à prestação desses serviços, esboçando uma crítica aos pressupostos microeconômicos da economia da saúde. Além disso, considerando o imperativo histórico de revisão da ação pública no interior do setor de saúde – imposta por um conjunto de questões políticas e econômicas – enfatizam-se os novos arranjos entre os setores público e privado nos países avançados. Em seguida, faz-se uma breve síntese acerca da forma de desenvolvimento capitalista no setor de saúde brasileiro.

O segundo capítulo apresenta, em sua seção inicial, os movimentos de estruturação e de regulamentação do mercado de trabalho em saúde, que ocorre principalmente até o final da década de 1980 (e ainda no início da década de 1990), discutindo as formas de regulação, o processo de regulamentação das profissões ao longo do período e a evolução de indicadores básicos do mercado de trabalho em saúde. São apresentadas, ainda, a dimensão do macro-complexo da saúde no Brasil e sua importância no que se refere à capacidade de geração de emprego e renda para a economia brasileira. Faz-se, logo depois, uma análise do perfil dos ocupados em saúde e dos trabalhadores que compõem o núcleo de atenção à saúde no Brasil a partir dos micro-dados dos Censos Demográficos e das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (IBGE), discutindo a dinâmica do mercado de trabalho em saúde.

No terceiro capítulo, apresenta-se o quadro macroeconômico de ajuste estrutural e as modificações no desenho institucional do sistema de saúde brasileiro, em que se assentam transformações importantes no que se refere à gestão da força de trabalho na década de 1990, e que favoreceram a proliferação de modalidades alternativas de vinculação e remuneração no setor de saúde.

Por fim, faz-se a sistematização dos principais resultados encontrados, sintetizando as informações contidas ao longo do trabalho, enunciando as principais conclusões obtidas durante a pesquisa e propondo algumas diretrizes de políticas e formas de encaminhamento da discussão.

Considerações Metodológicas

Um fato a ser reconhecido, logo de início, é que qualquer trabalho que pretenda dimensionar o mercado de trabalho em saúde no Brasil, ou mesmo descrever o seu perfil, esbarrará, de maneira inevitável, nas limitações impostas pelas bases de dados existentes, tanto por seus conhecidos e muitas vezes intransponíveis problemas de ordem metodológica quanto por sua eventual defasagem temporal.

No que se refere às formas de descrição dos dados, os principais recortes utilizados nos estudos sobre a evolução do mercado de trabalho são o setorial e o ocupacional. O primeiro dá conta de estabelecer comparações intersetoriais em relação a variáveis como quantidade de empregos, massa de rendimentos oriundos do trabalho, níveis de remuneração e qualificação. Já o recorte ocupacional, ou profissional, fornece informações relevantes no que tange ao número de empregados por ocupação, assim como o perfil desses trabalhadores. Relacionam-se, dessa forma, os atributos dos empregados, como o nível de instrução, o gênero, e a faixa etária, e os atributos do emprego, como o regime de trabalho estabelecido entre as partes, as jornadas de trabalho, as faixas de salários e o tipo de instituição empregadora (GIRARDI, 1999: 128).

A partir do quadro 1, apresentado em seguida, é possível identificar as características das principais fontes de dados e informações disponíveis para a análise do mercado de trabalho no setor de saúde brasileiro.

Foram utilizados de forma ampla, durante as últimas décadas, os dados informados pelos conselhos profissionais, associações, sindicatos e federações. Entretanto, existem desvantagens importantes nesse procedimento, que decorrem basicamente da exclusividade desses dados para os mercados de trabalho profissionais que contam com ocupações e profissões regulamentadas e bem estruturadas.

Os dados das Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foram bastante utilizados durante as décadas de 1970 e 1980, mas a descontinuidade da pesquisa ao longo da década de 1990 (foram realizadas pesquisas dessa natureza somente nos anos de 1992 e 1999, e nesta década apenas em 2002), praticamente inviabilizou estudos a partir dessa base. A AMS tem caráter censitário junto aos estabelecimentos de saúde, de forma a captar toda a oferta de serviços de saúde no Brasil. Contudo, os dados apresentam exclusivamente informações acerca dos estabelecimentos do

núcleo do setor de saúde, limitando a noção de trabalho em saúde apenas a estes estabelecimentos[3].

Quadro 1
Síntese das fontes de dados e informações sobre recursos humanos em saúde

Fontes de dados e informações sobre recursos humanos em saúde

- *Quantitativas*: censos demográficos decenais e pesquisas por amostragem domiciliar, realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- *Qualitativas*: Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) e sondagens de sinais de mercado (NESCON/UFMG);
- *Estoque de profissionais*: egressos das escolas de nível superior, médio e elementar, fornecidos pelo Ministério da Educação;
- *Empregos ou postos de trabalho*: Pesquisas de Assistência Médico Sanitária (AMS), realizada pelo IBGE; Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), com dados sobre emprego e remuneração no setor;
- *Registros administrativos*: folha de pagamento e cadastro funcional;
- *Formas de organização corporativa*: registros de sindicatos, federações, associações e conselhos profissionais.

Fonte: Adaptado de Pierantoni (2003: 264).

De acordo com Girardi e Carvalho (2002: 223), há uma inflexão nos estudos sobre trabalho em saúde a partir de meados da década de 1990, quando a RAIS e o CAGED passaram a ser mais largamente utilizados. A Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) é um registro administrativo do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), de natureza declaratória, e que tem o estabelecimento como unidade responsável pelas informações prestadas. Sendo assim, o uso da RAIS se limita ao setor formal da economia, mas traz importantes inovações ao incorporar as dimensões econômico-setorial, jurídico-institucional e a dimensão ocupacional ou profissional. Todavia, a informalidade crescente, as diversas modalidades de flexibilização do trabalho (como a terceirização), e a conseqüente precarização das relações de trabalho, prejudicaram a fidedignidade da caracterização do mercado de trabalho em saúde proporcionada pela RAIS.

Por sua vez, o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), assim como a RAIS, é um registro administrativo do MTE que permite o acompanhamento conjuntural dos fluxos de "entradas" e "saídas" de empregados (admissões e desligamentos) e a evolução dos salários do mercado de trabalho formal.

O censo demográfico do IBGE vai além do trabalho formal, mas, por suas características, tem o seu uso impedido quando a finalidade é o acompanhamento da evolução do mercado de trabalho. Existem problemas, inclusive, em função das dificuldades de compatibilização dos dados e variáveis com as demais bases existentes. Nesse sentido, o trabalho de Dedecca *et al* (2005) é pioneiro por estabelecer uma metodologia para o cálculo do emprego no macro-setor de saúde e pela comparação com os dados da RAIS, que possibilitou estimar o grau de formalização do setor.

[3] O capítulo 2 trará uma discussão mais detalhada deste assunto.

Os dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), do IBGE, que é uma pesquisa amostral de oferta cuja base é o domicílio, também conseguem captar o segmento informal da economia. Entretanto, as PNAD não possuem questionamentos específicos o suficiente para captar a totalidade dos fenômenos que caracterizam o mercado de trabalho em saúde a partir da década de 1990.

> Em linhas gerais, se encontra fora da relação salarial típica um conjunto muito heterogêneo de arranjos, a exemplo dos contratos de trabalho heterônomos precarizados, dos ocupados como conta-própria ou auto-empregados de pequena ou baixa qualificação (ocupações não regulamentadas), do trabalho autônomo "liberal", do trabalho autônomo cooperado, dos autônomos contratados para prestação de serviços, das pequenas empresas de profissionais de saúde subcontratadas do setor organizado (sociedades de quotas limitadas e sociedades civis de profissões regulamentadas), dos profissionais "irregulares" e alternativos etc (GIRARDI *et al*, 2004: 132).

Para tentar preencher essa lacuna deixada pelas bases de dados oficiais – e também como forma de estabelecer análises mais qualitativas acerca da realidade do setor de saúde – surgiram "*surveys*" não-convencionais[4], como as Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) e as sondagens de sinais de mercado realizados pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG), principalmente através dos trabalhos coordenados por Francisco Campos e Sábado Girardi. Insignificantes estatisticamente, estas novas metodologias ainda são incipientes, e sofrem em função das dificuldades de divulgação e da fraca repercussão dos seus resultados.

A perspectiva metodológica adotada nesse trabalho, própria da economia política, se ampara na idéia de força de trabalho em saúde, contrapondo-se à noção de recursos humanos – amplamente utilizada pelos estudiosos do setor. Logo, pensa-se a força de trabalho em saúde como o somatório das pessoas ocupadas em atividades de saúde e dos que pretendem se ocupar nessa área e que são dotados de qualificação específica. Em outras palavras, somam-se os trabalhadores por conta própria ou autônomos, os empregados em estabelecimentos de saúde, os empregados em estabelecimentos de outra natureza, os empregadores e os que estão à procura de emprego na área (NOGUEIRA, 1986: 17).

Tendo isso em mente, fez-se a opção pela utilização dos dados dos últimos Censos Demográficos e das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios, que se dará apenas de forma marginal à discussão qualitativa que se procura fazer ao longo do trabalho – e que está assentada em amplo referencial teórico –, e terá, fundamentalmente, o objetivo de expor os elementos básicos constitutivos do mercado de trabalho em saúde, tanto em sua dimensão setorial quanto ocupacional.

[4] Ver informações no endereço eletrônico a seguir: <http://www.medicina.ufmg.br/nescon/pesquisas_sinais.htm>

CAPÍTULO 1

PARA UMA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

O objetivo deste capítulo é discutir as principais características e especificidades do setor produtor de serviços de saúde, cujo processo de valorização do capital segue uma lógica híbrida, em função da incorporação da lógica corporativa do trabalho artesanal. Logo em seguida, monta-se o quadro de transformações políticas e econômicas recentes e seus principais impactos sobre as dimensões da política de saúde, tanto nos países avançados quanto no Brasil, enfatizando as formas de regulação do trabalho, a dinâmica de incorporação tecnológica no setor e a questão do risco associado à prestação desses serviços, na tentativa de esboçar uma crítica aos pressupostos microeconômicos da Economia da Saúde.

1.1 – Características e Especificidades do Setor de Saúde

O setor de saúde apresenta especificidades que o tornam um espaço de acumulação diferenciado dos demais, principalmente pela existência de importantes assimetrias e desigualdades associadas às estratégias empresariais e de mercado, o que tem justificado a presença de inúmeras instituições não-mercantis responsáveis pelo provimento desses serviços. Nesse sentido, a política de saúde presente no modelo do *Welfare State* – que será estudado mais à frente – pode ser entendida como uma tentativa de diminuir tais "falhas de mercado" e garantir o acesso aos serviços de forma mais eqüitativa.

> Muito mais do que atenuar falhas trata-se de construir um padrão de interação entre Estado e mercado que permita a constituição de um ambiente favorável para que o complexo da saúde se torne uma alavanca de inovação e desenvolvimento ao mesmo tempo em que esteja inserido no contexto dos objetivos da política nacional de saúde (GADELHA, 2003: 533).

Praticamente todas as análises acerca das especificidades do setor de serviços de saúde são releituras ou adaptações do trabalho pioneiro de Kenneth J. Arrow (1963), que procura definir o serviço médico como objeto da economia normativa. Para tanto, introduz a idéia primordial de que esse setor apresenta características que advém da existência da incerteza sobre a incidência da doença e a eficácia do tratamento. O autor centra sua análise no que ele chama de indústria do cuidado médico, e não no setor de saúde (que, para ele, teria muitos outros fatores causais, tornando excessivamente complexa a análise). Dessa forma, seu interesse é analisar o complexo de serviços que se centra no trabalho do médico, nas práticas individuais ou coletivas, nos hospitais e na saúde pública, e o foco do seu trabalho é a tentativa de descobrir se as atividades dessa indústria de cuidados médicos e a sua eficácia na sociedade diferem ou não da norma (ARROW, 1963: 943).

Após apresentar o funcionamento dos mercados e descrever suas pré-condições a partir do modelo neoclássico de equilíbrio competitivo, Arrow (1963: 944) demonstra que o mercado de cuidados médicos não pode ser visto pelo mesmo prisma, por não atender aos requisitos básicos do modelo, quais sejam: a) existência de equilíbrio competitivo; e b) a possibilidade de comercialização (*marketability*) dos bens e serviços relevantes; c) lucros não-gradativos (*nonincreasing returns*).

A idéia mais significativa trazida por Kenneth Arrow (1963: 945) é a existência de uma diferença básica entre o cuidado médico e as demais mercadorias: a "**suportabilidade do risco**" (*risk-bearing*), uma vez que "illness is to a considerable extent an unpredictable phenomenon". Essa afirmação contém a mais importante das características do cuidado médico: a incerteza. De uma forma ou de outra, todas as demais características derivam da existência da incerteza na prestação desses serviços.

A **natureza da demanda** por cuidados médicos, do ponto de vista individual, é irregular e imprevisível, diferentemente da demanda por alimentos e roupas. "Medical services, apart from preventive services, afford satisfaction only in the event of illness, a departure from the normal state of affairs". Em geral, a demanda por serviços médicos está associada a uma violação da integridade pessoal e representa não só um risco, mas também um custo, dada a possibilidade de perda de capacidade laboral e, conseqüentemente, de renda (ARROW, 1963: 948-949).

O **comportamento esperado do médico** é outro ponto discutido por Arrow (1963: 949), pois "medical care belongs to the category of commodities for which the product and the activity of production are identical. In all such cases, the customer cannot test the product before consuming it, and there is an element of trust in the relation". Assim sendo, existiria, por parte do consumidor, uma certa incapacidade de compor sua cesta de consumo de forma racional, uma vez que predomina a assimetria de informação, não sendo possível ao consumidor reunir as informações necessárias para tomar a decisão mais adequada. Por outro lado, supostamente haveria, por parte do médico, uma preocupação com o bem-estar do cliente, atitude que não poderia ser esperada de um vendedor. "There is a '**collectivity-orientation**', which distinguishes medicine and other professions from business where self-interest on the part of participants is the accepted norm". Ademais, o autor apresenta outras diferenças entre os médicos e os demais profissionais típicos, como a ausência de propaganda dos serviços e da competição pelo mecanismo de preço, a suposta ausência de auto-interesse na prática profissional, e o fato de os tratamentos serem orientados pelas necessidades do paciente e não por limitações de caráter meramente financeiro (ARROW, 1963: 949-950).

Outra característica crucial do mercado de cuidados médicos decorre da incerteza em relação ao "produto": "Uncertainty as to the quality of the product is perhaps more intense here than in any other important commodity. Recovery from disease is as unpredictable as its incidence". Além disso, o maior conhecimento do médico a respeito da doença e dos tratamentos possíveis molda a relação com o paciente: "the information possessed by the physician as to the consequences and possibilities of treatment is necessarily very much greater than that of the patient, or at least so it is believed by both parties" (ARROW, 1963: 951). Essa questão da relação que se estabelece entre médico e paciente será tratada com mais detalhes na próxima seção.

As condições de oferta dos cuidados médicos, por sua vez, diferem das demais mercadorias por haver significativas barreiras à entrada nesse mercado, em função da necessidade de

credenciamento para a prestação desses serviços – o que serve inclusive como forma de garantir a qualidade dos serviços –, e pela existência de altos custos associados à educação médica. A forma de determinação dos preços no mercado de cuidados médicos é baseada extensivamente na discriminação pela renda e há uma forte desaprovação da competição pelo preço ("price competition is frowned on"). O autor destaca ainda a presença de indivisibilidades, presentes, por exemplo, na existência de especialidades médicas e em alguns tipos de equipamentos. (ARROW, 1963: 952-955).

Contribuindo para a discussão sobre o mercado de serviços médicos, Álvaro Matias (1995: 05-10) retoma as proposições de Kenneth Arrow e faz uso do referencial microeconômico para elencar várias características "especiais" dos cuidados de saúde, que são descritas sumariamente a seguir:

1. Esgotamento do consumo: em termos microeconômicos, a função utilidade dos cuidados de saúde adquire um formato particular, com inclinação negativa a partir do ponto de saciedade, o qual se atinge mais rapidamente do que no consumo de outros bens.
2. Inexistência de utilidade intrínseca no bem: essa é a idéia da procura derivada. Os cuidados de saúde são consumidos com o objetivo de proporcionar saúde ao consumidor/doente, e não porque o seu consumo proporcione utilidade por si só.
3. Não-homogeneidade e interdependência no consumo: o mercado de cuidados de saúde é formado por uma gama de bens e serviços (por exemplo: consultas médicas, medicamentos, cirurgias, terapias). O fato de ser um "bem" não-homogêneo implica a existência não de um, mas de vários mercados, provocando uma multiplicidade de equilíbrios possíveis. Ademais, por serem bens ou serviços freqüentemente indivisíveis, é comum a existência de um conjunto de consumos interdependente, realizados em cadeia.
4. Racionalidade do Consumidor: nos casos de doença, a racionalidade do consumidor é comprometida; os doentes podem ignorar a doença ou mesmo rejeitar o tratamento recomendado. Essa característica faz parte da informação imperfeita característica dos mercados de cuidados médicos.
5. Incerteza: existe incerteza nas várias dimensões da prestação de cuidados de saúde, que pode se materializar num total desconhecimento quanto ao custo associado à prestação de cuidados de saúde, no desconhecimento quanto à qualidade dos serviços, na impossibilidade em segurar eficazmente o risco de doença e na existência de um risco-moral no consumo desses serviços.
6. Externalidades: essa característica decorre do fato de que a proteção individual pode constituir um benefício social, gerando externalidades positivas na sociedade.

Para Dedecca *et al* (2005b: 08), a política de saúde, assim como a política de educação, por ter no ser humano o seu objetivo fim, possui uma peculiaridade que implica não só em um risco associado à prestação desses serviços, mas também a possibilidade patente de **irreversibilidade** do quadro das pessoas atendidas. É o que acontece, por exemplo, quando um encaminhamento médico é realizado de forma inadequada, ou quando o ensino fundamental é de má qualidade. "Ademais, a política de saúde atua de modo preventivo e, em diversas situações, coletivo. Isto é, certos gastos são realizados independentemente da manifestação da doença, pois os custos monetários e não monetários da sua ocorrência justifica a ação preventiva".

Uma outra característica marcante do setor de saúde, assinalada por Campos e Albuquerque (1999: 12-14), é que ele representa "a interseção entre os sistemas de bem-estar social e os sistemas de inovação", em um sistema articulado cujos "hospitais contribuem para o

progresso científico" e a "solução de problemas e a superação de gargalos é uma fonte importante de inovações". Em outros termos:

> O que há de específico na interação entre os sistemas de saúde e os sistemas de assistência médica é o vínculo mais próximo e o impacto mais imediato existente entre o progresso tecnológico e o bem-estar social, [sendo] este um componente decisivo das fontes do crescimento econômico. As inovações no setor saúde teriam, portanto, um efeito duplo sobre a dinâmica econômica em geral: os efeitos 'normais' de toda inovação e os efeitos dessa inovação sobre a saúde e o bem-estar (CAMPOS e ALBUQUERQUE, 1999: 14).

Um fator que pode ajudar a explicar o crescimento dos custos no setor de saúde é a cumulatividade e o caráter não-substitutivo das tecnologias médicas introduzidas nesse sistema. Pois, ao contrário dos outros setores de produção, em que a introdução de uma tecnologia é substitutiva em relação àquelas que a precederam, no caso do setor de saúde estas são cumulativas. Como exemplos disso, Campos e Albuquerque (1999: 15-16) mostram que "os traçados cardíacos (eletrocardiograma, ecografia, Doppler) não substituíram a tradicional ausculta cardíaca nem se substituem entre si". Além disso, "O obstetra trabalha simultaneamente com o fossilizado estetoscópio de Pinnard ao lado de modernos sonares para ouvir os batimentos fetais".

O setor de saúde utiliza intensivamente o fator trabalho, a despeito da velocidade com que são incorporadas as novas tecnologias médicas. Os novos produtos e processos não substituem totalmente as tecnologias já existentes, mas são acrescentados à base técnico-produtiva. Os instrumentos de diagnóstico e terapia e os novos processos de organização do trabalho, ao invés de economizar mão-de-obra, traduzem-se em maiores exigências de qualificação (GIRARDI, 1999: 125).

> Mesmo com os avanços tecnológicos recentes, o trabalho continua tendo centralidade na organização e execução do processo da atividade de atendimento à saúde. Esta situação é observada tanto nos procedimentos mais complexos, como também nos mais simples (...). A centralidade do trabalho na organização da atividade de atendimento à saúde se reitera no próprio processo de trabalho específico ao setor. Ademais, como a realização da atividade é marcada por riscos irreversíveis, é preciso que se adotem procedimentos prévios que reduzam a possibilidade de sua ocorrência (DEDECCA *et al*, 2005b: 09).

A enumeração pura e simples dessas características não basta para entender o porquê da incapacidade do mercado na provisão da assistência médica. Essa questão fica mais clara quando Arrow (1963: 958-967) considera o modelo de equilíbrio competitivo sob situações de incerteza, especulando sobre a possibilidade (e os problemas) da existência de um mercado de seguros contra os custos associados ao cuidado médico. Algumas dessas "falhas de mercado", suas conseqüências, e os possíveis mecanismos de correção podem ser encontrados no quadro 2, apresentado a seguir.

Tendo isso em mente, são apresentados a seguir, de forma esquemática, os problemas do mercado de seguros de saúde:

1. ***Risco Moral*** (*Moral Hazard*): freqüentemente se observa que a difusão do seguro médico causa uma elevação da demanda por cuidados médicos, uma vez que as

pessoas cobertas pelos planos ou seguros de saúde tendem a sobre-utilizar os serviços por não terem que arcar com o custo total do tratamento;

2. ***Métodos alternativos de pagamento dos seguros***: a existência de pelo menos 3 formas diferentes de pagamento de seguros (pré-pagamento, indenização de acordo com uma tabela fixa e seguros contra custos, quaisquer que sejam eles) implica em incentivos diferenciados ao prestador de serviços, com reflexos sobre a qualidade do atendimento.
3. ***Presença do terceiro-pagador*** (*thirdy-party control over payment*): os interesses dos planos de saúde, freqüentemente, vão de encontro aos interesses dos agentes da oferta, como os hospitais.
4. ***Custos administrativos*** (*administrative costs*): os elevados custos administrativos das companhias de seguro justificariam a existência de planos mais gerais, inclusive planos compulsórios.
5. ***Agregação de riscos diferenciados*** (*pooling of unequal risks*): teoricamente, se o mercado de seguros fosse perfeitamente competitivo, os grupos de maior incidência de doenças (maior risco) pagariam prêmio maiores. Entretanto, nota-se no setor uma tentativa de equalização dos prêmios entre os grupos de risco.
6. ***Existência de 'gaps' na cobertura*****:** freqüentemente, parcelas da população não estão cobertas pelo seguro saúde, por exemplo: idosos, pobres, desempregados ou trabalhadores do setor informal.

Quadro 2

Falhas do Mercado no Financiamento da Assistência Médica

Falhas de Mercado	Conseqüências	Medidas de Correção Utilizadas	Resultados Empíricos
Seleção Adversa	. Pouca socialização do risco . Mercado não funciona . Poucos segurados	. Educação, subsídio fiscal . Cobertura universal . Inscrição securitária permanente (por toda a vida)	. Inefetivo . Efetivo . Efetivo
Seleção de Riscos	. Determinados grupos não conseguem ser segurados (deficientes, idosos, doentes crônicos) a menos que paguem altos peços	. Proibição (ou restrição) de exclusões	. Moderadamente efetivo
Monopólio ou Cartel de Seguradoras	. Lucro excessivo, baixa qualidade dos produtos, subprodução	. Rateamentos comunitários de prêmios de seguros . Prêmios ajustados por riscos para indivíduos . Leis antimonopólio	. Moderadamente efetivo . Tecnicamente difícil de implementar . Efetivo
Risco Moral (moral hazard) ou o Efeito Seguro	. Sobreutilização	Co-participação no financiamento, tickets moderadores . Médico geral (porta de entrada) . Listas de espera	. Moderadamente efetivo . Moderadamente efetivo . Insatisfação do paciente

Fonte: Hsiao (1995: 133) *Apud* Almeida (1998: 69).

Deve-se salientar que a competição entre as seguradoras traz ainda problemas de "*seleção adversa*" e de "*seleção de risco*", relacionados respectivamente aos consumidores e às seguradoras, conforme explica Célia Almeida (1998: 41-42) nos trechos abaixo:

> Denomina-se *seleção adversa* a tendência do sistema de seguros de incorporar indivíduos de maior risco, isto é, aqueles cuja perda esperada é maior. No caso em que a seguradora aplica um único preço para todo o grupo segurado, o sistema de seguros promove uma transferência entre indivíduos com distintos graus de risco. Na medida

> em que o risco, em geral, é mais conhecido dos segurados do que dos seguradores, e a tentativa de driblar os controles do seguro faz parte da escolha racional do indivíduo, aqueles com menor risco tenderão a abandonar o sistema ou não comprar uma apólice ou plano, permanecendo os que provocarão maiores gastos; o resultado será um processo progressivo de aumento de preços (...). Para protegerem-se contra a combinação de baixos prêmios e alto potencial de custo, os seguradores engajam-se na *seleção de risco* (relacionada ao chamado *cream-skimming*), isto é, criam barreiras à entrada dos segurados no sistema, peneirando os de alto risco (tais como os idosos ou portadores de certas doenças, como câncer, AIDS, artrite reumatóide, etc.).

O mecanismo de preço, como se tentou mostrar até aqui, não é adequado no que se refere ao fornecimento de informações suficientes para a minimização da incerteza intrínseca aos serviços de saúde. Por outro lado, as tentativas de solução desses problemas requerem uma ampla participação de instituições não-mercantis, o que aponta para um certo *trade-off* entre as noções de **eficiência** e **eqüidade** na oferta de serviços de saúde pelo mercado. Isso porque, como bem notou Carlos Gadelha (2003: 526), "pode-se afirmar que a dimensão econômica, vinculada ao processo de inovação e de acumulação, e a dimensão sócio-sanitária apresentam (...) um *trade-off* que contrapõe o interesse de eficiência econômica dos agentes e os interesses da população".

A questão da ineficiência também se apresenta na saúde em função de certas características que o trabalho no setor assume, que dificultam ou mesmo impedem a racionalização da produção desses serviços. Logo, devem-se entender quais são essas peculiaridades e o que elas implicam do ponto de vista da gestão dos sistemas de saúde. O propósito da próxima subseção é apresentar, ainda que de forma sumária, essa problemática.

1.1.1 - Características do trabalho no setor de saúde

Muitas atividades de atenção à saúde, por terem no trabalho o seu elemento central, apresentam as características, próprias do setor de serviços, de simultaneidade entre produção e consumo e intransferibilidade no tempo e espaço, o que dificulta sobremaneira as tentativas de racionalização – introduzidas em função do ajuste macroestrutural – com vistas ao aumento da produtividade[5] e da qualidade, em paralelo à redução de custos.

Dedecca *et al* (2005b: 10-11) mostram que, na verdade, o que ocorre é "a impossibilidade de se relacionar a eficiência do trabalho na área da saúde aos custos incorridos", isto porque, "em geral, os custos incorridos na prestação do serviço não podem servir para balizar a tomada de decisões. A necessidade de minimizar riscos tende ser incompatível com a obtenção de custos mais baixos".

> A antecipação ao risco leva que o sistema conviva obrigatoriamente com um razoável grau de ociosidade de seus recursos técnicos e humanos, sem que sua gestão tenha condições de reorganizar o processo de trabalho com vistas à sua redução. O risco e, também, a não previsibilidade do serviço de atendimento exige a disponibilidade de recursos que se mantêm sistemática e parcialmente ociosos (DEDECCA *et al*, 2005b: 11).

No setor de saúde predomina a impossibilidade de construção de *funções de produção padronizadas*, ou seja, diferentemente dos processos industriais, em que os insumos são

[5] A própria tentativa de aferição da produtividade dos serviços de saúde já é problemática e controversa, como apontam os trabalhos de Hildete Pereira de Melo, Carlos Rocha e outros pesquisadores do setor de serviços.

estáveis e os processos são repetitivos, os insumos e processos utilizados no setor de saúde são "*impadronizáveis*". Uma das características mais marcantes do trabalho no setor de saúde, especialmente no cuidado médico, é a relação de subjetividade[6] que se estabelece entre médico e paciente, o que implica na perpetuação do caráter artesanal do processo de trabalho em saúde (DELUIZ, 2001: 08; CAMPOS e ALBUQUERQUE, 1999: 04; MATIAS, 1995).

> Isso acontece na medida em que existe muita subjetividade no processo de trabalho em saúde, que segue sendo basicamente artesanal, valendo-se da interpretação lastreada na visão, no tato, no olfato para construir um algoritmo indescritível. Apesar de muitas informações serem objetivas – a pressão arterial, a permeabilidade das coronárias, as ondas eletrocardiográficas – outras tantas, ou mesmo a interpretação das consideradas objetivas são bastante subjetivas. Existe sempre a percepção, o olho clínico que percebe coisas não objetivas e que pode gerar, em função desta subjetividade, uma dezena de exames complementares. Existe ademais uma cumplicidade na relação médico/paciente que foi construída ontologicamente através de milhares de anos, desde que houve na história um ser portador de um sofrer e um outro ser capaz de aliviar este mal (CAMPOS e ALBUQUERQUE, 1999: 04).

A relação existente entre o médico e o doente é, portanto, de **Agência Imperfeita**. Esta relação, para Matias (1995: 11), pode ser considerada como imperfeita principalmente por duas razões:

1. O médico é um profissional representativo de toda a oferta de cuidados de saúde. Para além da questão do risco moral, a decisão do médico tem sempre como base a informação fornecida pelo próprio doente, o que introduz certos elementos de subjetividade na avaliação do estado de saúde deste doente, possibilitando que as suas dificuldades de expressão, ou mesmo de comunicação, condicionem a prestação dos cuidados de saúde[7];
2. O cumprimento das terapias é voluntário, o que faz com que exista, pelo menos teoricamente, a possibilidade de o doente não aceitar a terapêutica prescrita.

Daí também decorre o problema de **indução da procura**[8] por parte do agente da oferta (no caso, o médico), que tem o controle total da informação relacionada ao processo de produção da saúde; o que dá ao médico um significativo poder de mercado, e coloca um problema de natureza ética que vai de encontro à suposição de Arrow acerca da ausência de interesse pessoal na ação dos médicos.

Sábado Girardi (1999: 126) apresenta um traço peculiar das atividades ligadas ao setor de atenção à saúde: a forte presença de ocupações altamente regulamentadas e a dificuldade dos gestores da saúde no enfrentamento do conjunto de normas rígidas dessas profissões, reconhecendo o papel decisivo do aparato corporativo profissional, das universidades e do sistema educativo na definição dos níveis da oferta e dos padrões de qualidade da força de trabalho em saúde. Tendo isso em mente, e recolocando questões já apontadas anteriormente, pode-se dizer que:

---

[6] O que decorre do fato do serviço de saúde estar fundado numa relação interpessoal muito intensa, de tal modo que o consumidor é um co-partícipe do processo, o que é decisivo para a eficácia do ato (NOGUEIRA, 2000: 59-60).

[7] Existem alguns estudos que chegam a apontar para a existência de taxas maiores de sucesso nas terapias exercidas em doentes com grau de instrução mais elevado (MATIAS, 1995).

[8] A esse respeito, ver o trabalho de Gilson Carvalho (2005).

> A imperfeição do mercado para alocar otimamente recursos na produção do processo de atenção à saúde, a assimetria do conhecimento, a relação de confiança existente entre o médico e o paciente estão entre as razões que explicam porque as tentativas de normatização e controle externo do processo de trabalho em saúde fracassam ou podem ser burlados (CAMPOS e ALBUQUERQUE, 1999: 22).

O processo de trabalho em saúde se caracterizaria, de acordo com Deluiz (2001: 08), pela sua complexidade, heterogeneidade e fragmentação. A complexidade do trabalho em saúde se daria pela existência de uma grande diversidade de profissões, formas de organização, usuários, tecnologias, espaços e ambientes de trabalho, relações sociais e interpessoais. Por outro lado, esses inúmeros processos de trabalho coexistiriam nas instituições de saúde, organizados de forma bastante heterogênea e freqüentemente desarticulados. A fragmentação do trabalho em saúde, por sua vez, teria várias faces. A fragmentação seria **conceitual** – com a permanência, em diversos casos, da separação entre o pensar e o fazer –, **técnica** – marcada pela infinidade de especialidades profissionais –, e **social**, em função das rígidas relações hierárquicas e de subordinação que se estabelecem entre os profissionais.

Nogueira (2000: 61), no entanto, relativiza essa característica de fragmentação conceitual, apontando para a tendência, no setor de saúde, de maior integração entre os aspectos intelectual e manual do trabalho – ao contrário de outros processos de produção –, pois quem possui a direcionalidade técnica também atua diretamente na prestação do serviço. O autor, no entanto, reconhece a possibilidade de ocorrência pontual desse fenômeno, mas argumenta no sentido de mostrar que essa separação não é generalizada.

A atenção à saúde é um serviço complexo, cuja oferta é resultante da atuação de diversos agentes e a fragmentação se expande como conseqüência do desenvolvimento tecnológico. Há uma grande diferenciação entre as várias categorias profissionais que integram o '**trabalhador coletivo em saúde**', o que se comprova pela diversidade de formas de organização, os diferentes graus de autonomia, as distintas representações no imaginário social, as formas de validação educacional e legal e os estatutos corporativos. São pequenos os espaços em que ocorre a integração dos trabalhadores de saúde. Estes profissionais possuem papéis bem definidos, e estão organizados de acordo com uma divisão do trabalho muito clara, que possibilita, além da distribuição de funções, a organização dos recursos, do poder, da influência e das possibilidades de comunicação (SANTANA, 1997: 225, 230-231; MOTTA, 2001: 30).

1.1.2 - Processos de trabalho, formas artesanais de organização e acumulação de capital em saúde[9]

O debate sobre os mecanismos de regulação da demanda por serviços médicos passa fundamentalmente pela discussão sobre a tendência de substituição do controle estatal pelo mercado, e a conseqüente alteração do *status* profissional dos trabalhadores da área médica. Muito embora reconheça uma certa timidez das transformações no setor da medicina, Bihr (1999: 95) chega a afirmar que:

> (...) a redução do custo dos equipamentos e serviços coletivos supõe submeter, na medida do possível, a oferta a uma lógica capitalista de rentabilidade e a demanda a uma regulação mercantil; em resumo, substituir o Estado pelo mercado como forma de

[9] Esta discussão pode ser encontrada de forma mais detalhada em Bolaño e Silva (2005).

> socialização. O que se traduziria, inevitavelmente, em graus diversos de acordo com os casos, na privatização de sua produção e na monetarização de seu consumo.

Para o autor, existem limites à penetração do capital nessa esfera de atividades, dadas as suas características e especificidades. Nesse sentido, mostra que a automação do setor de saúde não pode ser realizada por completo:

> As tecnologias informáticas permitem considerar a automação, pelo menos parcial, da prática médica em seus diferentes aspectos: exames, diagnóstico, terapêutica, supervisão e acompanhamento do doente, economizando conseqüentemente trabalho vivo e, com isso, aumentando sua produtividade. Mas, salvo no que se refere aos laboratórios de exames, isso ainda se encontra em estágio experimental; a automação do consultório médico ou do hospital não é para já! (BIHR, 1999: 95).

Com relativa clareza, Alain Bihr consegue perceber que tais modificações trariam alterações sensíveis sobre a forma de vinculação do trabalho ao capital, que denotariam a perda da capacidade de exercício autônomo da profissão médica, bem como a criação de empresas capitalistas de prestação de serviços médicos:

> (...) [a] automação [do consultório médico ou do hospital] seria acompanhada de modificações radicais do *status* profissional, social, jurídico dos médicos, repercutindo em suas condições de trabalho, no nível de sua remuneração, em seu prestígio social, etc. A exigência da economia supõe, de fato, socializar o trabalho médico no seio de unidades coletivas de tratamento, nas quais reinariam cooperação e divisão de trabalho entre as diferentes categorias de pessoal médico e para-médico, interligadas a um uso intensivo de equipamentos médicos. (...) tratar-se-ia de criar verdadeiramente empresas capitalistas de prestação de serviços médicos (...) (BIHR, 1999: 96).

O cerne da questão não está na automação plena do setor de saúde, ou na perda total do *status* liberal da profissão médica. A idéia fundamental é que o setor de saúde está ganhando uma dimensão mais complexa, e que o arranjo entre capital e trabalho está se tornando cada vez mais inclinado em direção ao capital[10]. Mais do que isso, a organização e a prática de atenção à saúde seguiram, no último século, duas lógicas distintas: a do trabalho independente, com controle dos profissionais sobre o processo de trabalho, e a lógica do trabalho coletivo. A atenção à saúde foi influenciada pela lógica do capital, pelas diversas formas de organização e gestão do trabalho, pelos avanços da ciência e tecnologia na área de saúde, e da legislação sobre os problemas de saúde-doença (SILVA, 2003; PIRES, 1998).

Embora a maioria dos trabalhadores do setor de saúde seja assalariada, os médicos mantêm relativa autonomia, e o assalariamento não é generalizado, sendo que um seleto grupo de médicos e cirurgiões se estabelece como "empresários" (SILVA, 2003; PIRES, 1998). Segundo Wright Mills (1979), o hospital é uma instituição burocrática, com hierarquia rígida: no alto o grupo dos especialistas (dirigentes do hospital), logo abaixo, os clínicos gerais e, abaixo deles, os assistentes e subprofissionais da assistência à saúde.

> Sob o disfarce da 'ética profissional', os médicos buscam encobrir os seus interesses mercantis de garantir a exploração econômica da profissão, de fechamento do acesso à

[10] Afirmação que será comprovada empiricamente mais à frente (principalmente no item 1.2), a partir da discussão sobre as transformações recentes nos sistemas de saúde dos países desenvolvidos, da América Latina e também do Brasil.

> carreira, de manutenção da desigualdade de *status* entre os médicos e diferenciando a população no que diz respeito ao direito à assistência (PIRES, 1998: 91).

Os técnicos de nível universitário mantiveram um maior grau de autonomia profissional no trabalho institucional, não ocorrendo uma total separação entre a concepção e execução. Mas são os médicos que, claramente, dominam os aspectos centrais da tecnologia e do conhecimento envolvidos na assistência à saúde.

Pires (1998) faz o contraponto à idéia de perda da autonomia, e acredita que os médicos preservam a característica de produtores autônomos, mesmo estando integrados a hospitais, empresas ou instâncias dos serviços de saúde. E a intensificação do uso de tecnologias, segundo a autora, não produz uma completa dependência do trabalhador em relação à máquina ou à instituição empregadora, porque as máquinas exigem um manejo por trabalhadores especializados.

Os médicos, como alternativa ao assalariamento, podem ser autônomos, recebendo por procedimento, pago pelo paciente ou convênio de saúde, utilizando o hospital e suas instalações para realizar os procedimentos de atenção a saúde, ou internar quem precisa de cuidados intensivos ou de equipamentos médico-hospitalares que requerem controle profissional. O trabalho médico é organizado em grupos (clínicas / especialidades) que têm regras próprias para atuação na instituição. Podem ainda se estabelecer na forma de serviços médicos terceirizados, conforme se verá ao longo deste trabalho (SILVA, 2003).

A manutenção do modelo tradicional – centrado no médico, em que os demais profissionais atuam como práticas auxiliares – é possível justamente pela inexistência de mecanismos de controle da qualidade da assistência prestada; a organização das profissões de saúde, o tratamento de quem recebe assistência como "paciente" e não "cliente", a influência do capitalismo sobre o trabalho no setor de saúde, e o modelo hegemônico de produção de conhecimentos em saúde (PIRES, 1998: 163).

Esse modelo hegemônico de produção dos conhecimentos em saúde e de organização do trabalho segue a lógica das especialidades, da fragmentação, correspondente ao modelo positivista de entendimento das doenças. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação.

O prestígio da profissão médica em relação às outras profissões está associado:

> à autonomia organizada e legitimada em poder de tal profissão. Tal autonomia dá à profissão um monopólio ocupacional que assegura uma posição de dominância numa divisão de trabalho. Esta autonomia é baseada em dois fundamentos: o conhecimento esotécnico reconhecido e protegido pelo Estado e o apoio das elites (MEHRY *et al*, 1989: 06).

Ainda de acordo com Mehry *et al* (1989: 07), pode-se observar que a ocupação médica legitima a acumulação de capital no interior do setor de saúde, uma vez que:

> Sob o domínio do capitalismo monopolista, o capital é transformado em processo de trabalho elaborado em complexos mecanismos de controle. Os agentes que preenchem as funções em favor da acumulação de capital e da classe dominante podem ser identificados como a nova classe média na medida em que ela expressa tanto a função e realização do capital como a função de trabalho enquanto parte de uma crescente

> fragmentação e rotinização do processo de trabalho. As outras ocupações na saúde, hierarquicamente subordinadas aos médicos dentro da divisão do trabalho, podem ser identificadas como parte da classe proletária, independentemente da condição de ser produtiva ou não.

Mas, ao mesmo tempo em que os médicos legitimam a acumulação e guardam uma relação de dominação sobre o processo de trabalho e a prática dos serviços de saúde, a tendência é que ocorra um "englobamento" do trabalho desses profissionais à lógica de acumulação capitalista, através dos diversos mecanismos de subsunção do trabalho no capital[11].

Nesse novo padrão de acumulação, que mostra marcas da superação do padrão artesanal, surgem novas modalidades de organização da produção em que as inovações técnicas, a diversificação e a ampliação dos meios de trabalho criam um "quadro" de organização complexo e burocratizado em que o médico, produtor de serviços, tende a perder o controle, antes total, do processo de trabalho e também a posse dos meios de produção (DONNANGELO, 1975; MEHRY *et al*, 1989).

No que se refere ao trabalho médico, duas tendências convergentes podem ser observadas hoje nas relações de trabalho no setor médico-hospitalar, em que tradicionalmente coexistem o trabalho autônomo, a prestação de serviços e o assalariamento. Por um lado, o impacto do ajuste estrutural macroeconômico, como em outros ramos de serviços de consumo coletivo, tem feito com que a busca por aumentos de produtividade redunde numa redução de custos sustentada na precarização dos postos de trabalho e ampliação das assimetrias de remuneração entre os profissionais. Por outro, os hospitais estão à frente de um processo de terceirização do próprio serviço médico. Dessa forma, os profissionais médicos aparentemente mantêm seu *status* de profissional liberal, com controle total do processo de trabalho, mas, na essência, exercem seu ofício sob a coordenação do capital, que subsumiu praticamente todas as formas de trabalho (PIERANTONI, 2001; SANTOS e SILVA, 2005).

A introdução de inovações tecnológicas, nessas condições, serve não apenas para aumentar a qualidade dos serviços, numa situação de acirramento da concorrência, mas essencialmente também como mecanismo de aumento do grau de subsunção do trabalho médico no capital, sendo o capital constante fixo o mecanismo fundamental de transmissão da relação de exploração capitalista sobre os profissionais liberais, em função, no caso, da crescente dependência de um instrumental que é essencial para procedimentos diagnósticos e terapêuticos (PIERANTONI, 2001).

O movimento de subsunção se traduz em expansão do modelo empresarial da prática médica, que traz como desdobramento principal a perda progressiva da autonomia profissional e uma diminuição real do *status* de exercício liberal da profissão, que se estabelece através de formas diretas e indiretas de assalariamento. Assim, o hospital terceiriza os serviços médicos, objetivando a redução de custos e a agregação de serviços especializados e de maior qualidade. Com isto, cede o seu espaço para o funcionamento de empresas e equipes inteiras de profissionais, alterando profundamente as relações de poder e as hierarquias que estruturaram historicamente as práticas assistenciais no capitalismo, inclusive as relações de gênero (PIERANTONI: 2001; BOLAÑO e SILVA, 2005).

---

[11] Sugere-se, para o melhor entendimento acerca dos mecanismos de subsunção do trabalho no capital, uma leitura atenta de Marx (1975), que se refere explicitamente ao tema no *Capítulo VI Inédito*. A discussão sobre as diferenças entre a subsunção formal e a real também pode ser encontrada no trabalho de Bolaño e Silva (2005).

A subsunção do trabalho no capital se dá por inúmeras formas, diretas ou indiretas, visíveis claramente ou encobertas pelas relações sociais, que podem não se alterar aparentemente. Como forma direta, o exemplo clássico é o assalariamento. Ademais, os profissionais contratados na forma de prestadores de serviços (terceirizados) estão também diretamente a serviço de empresas capitalistas, ainda que não gozem dos mesmos direitos dos trabalhadores efetivos.

Os equipamentos são, na maior parte, de propriedade do hospital, que precisa do trabalho médico para colocá-los em funcionamento. As relações de trabalho envolvem sobre-trabalho com extração de mais-valia para reproduzir o capital investido, caracterizando uma relação tipicamente capitalista (PIRES, 1998: 224). A existência de profissionais autônomos que apresentam uma relação de dependência do instrumental (máquinas e equipamentos) reafirma o papel do capital constante fixo como mecanismo fundamental de transmissão da relação de exploração capitalista sobre os profissionais liberais.

A extensão dos vínculos formais entre empresas e profissionais, a crescente influência dessas empresas de intermediação, e a regulação dos serviços prestados a partir dos planos de saúde mostram como o trabalho do médico e dos demais profissionais de saúde estão subsumidos na lógica de acumulação capitalista, em última instância.

Pode-se perceber, entretanto, a existência de arranjos alternativos de prestação de serviços de saúde que aparentemente não estão subordinados ao capital. Estes arranjos não são contraditórios em relação à acumulação de capital, antes o contrário. O setor público atua para a superação dos gargalos na prestação de assistência à saúde, investindo em inovação (que tem altos custos, retornos incertos e não necessariamente apropriáveis) e promovendo ações de menor complexidade, com menor valor agregado, e também atendendo aos que, pela lógica privada, não teriam acesso à saúde.

Por outro lado, Mehry *et al* (1989: 13) mostram que:

> (...) a capitalização da medicina ao mesmo tempo [em] que reduz o trabalho puramente liberal à condição de forma residual, recria condições para a expansão do assalariamento e também do exercício autônomo, sendo esta última a forma predominante. Nesse sentido, não há contradição entre o trabalho autônomo e o processo de acumulação de capital. Ao contrário, este tipo de inserção no mercado pode inclusive assegurar rentabilidade às empresas no setor na medida em que o trabalho autônomo não implica em encargos trabalhistas.

A perda de autonomia dos profissionais pode não ter sido completamente realizada na profissão médica. Entretanto, pode-se dizer que a forma autônoma de prestação de serviços médicos age no sentido de compatibilizar o trabalho destes profissionais com o processo de acumulação de capital, cuja característica principal é, nessa etapa histórica, a convergência dos processos de globalização financeira, desregulação dos mercados e intensas transformações tecnológicas (MATTOSO, 2000: 115).

> Assim, formas artesanais de organização da produção subsistem, integram-se no capital e contribuem para o seu processo de valorização. Trata-se, em todo caso, de uma lógica híbrida, como ocorre com outros setores da Economia do Conhecimento, as quais levantam um problema crucial de quantificação do valor, ligado à socialização da produção, sugerindo a existência empírica de limites à expansão da forma mercadoria (...). Num setor que, por suas características (...) não se presta à

> subsunção real, no entanto, a organização do conjunto do sistema parece indicar, não um impasse, ou perplexidade, mas a constituição de um tipo particular de organização capitalista, um modo de regulação particular, se se preferir, tornado possível, justamente, pela incorporação da lógica corporativa do trabalho artesanal (BOLAÑO e SILVA, 2005: 1866-1867).

Como se isso já não bastasse para tirar por completo o "freio" da acumulação capitalista no setor de saúde:

> O setor de saúde (...) apresenta uma significativa complexidade, com o encolhimento e sucateamento da atenção pública e a proliferação de empresas de intermediação de serviços de saúde, como empresas de medicina de grupo, autogestão, planos administrados, cooperativas médicas e seguradoras. Constitui-se, assim, para além do "complexo médico-industrial", um "complexo médico-financeiro", reforçando a tendência geral do capitalismo contemporâneo à financeirização, mas, neste caso, com implicações produtivas (...) (BOLAÑO e SILVA, 2005: 1867).

Para entender plenamente essa questão, faz-se necessário, então, analisar as alterações das formas de organização, das relações e dos processos de trabalho em saúde a partir de uma perspectiva histórica, considerando os determinantes estruturais, políticos, econômicos e sociais, que variaram de forma significativa no último século, e que assumiram contornos diferenciados de país para país. É com esse objetivo que se apresenta, a seguir, uma breve sistematização das relações entre saúde, trabalho e regulação nos países desenvolvidos e no momento seguinte, assinalam-se os principais traços do desenvolvimento capitalista no setor de saúde brasileiro.

1.2 – Saúde, Trabalho e Regulação Estatal

O desenvolvimento do capitalismo e a financeirização da economia trouxeram consigo importantes modificações no processo produtivo, tanto de ordem técnica quanto organizacional. Essas transformações geraram impactos que se refletiram no interior do processo de trabalho. A racionalização da produção, a busca incessante pelo aumento da produtividade e o aceleramento do ritmo de trabalho – ditado pela máquina – trouxeram novas exigências no que se refere às habilidades físicas e mentais, com claros prejuízos para a saúde dos trabalhadores. Esse 'gasto de trabalho' – no sentido marxiano do termo – se dá "na medida em que a produção de mercadorias e seu desdobramento natural, a produção de mais-valia, 'consome' forças de trabalho. E as 'consome' realmente, pois o próprio consumo produtivo da força de trabalho, isto é, a incorporação de valor, é um consumo físico[12]" (OLIVEIRA, 1989: 140).

O processo de acumulação do capital considera que o dispêndio de energia necessária à produção gera um desgaste da força de trabalho consumida. No entanto, uma das condições básicas necessárias ao desenvolvimento do modo de produção capitalista é a reprodução social dessa força de trabalho. Assim, a lógica capitalista pressupõe a reposição da força de trabalho a partir da sua manutenção e recuperação, o que representa uma conservação da capacidade de gerar valores de troca (MARX, 1996).

---

[12] Francisco de Oliveira (1989: 153) mostra ainda que, com o aumento da incorporação à máquina da virtualidade técnica do trabalhador, há uma mudança na forma em que é processado o gasto da energia do trabalhador. Em vez de consumir a força de trabalho sob a forma de energia muscular, a máquina e o processo de produção consomem agora as suas energias mentais.

O processo de reprodução social da força de trabalho pode ser apreendido como a reprodução dessa classe social, que é subordinada ao capital, como também das necessidades de subsistência, que se expressariam em custos de produção e reprodução dados pelo tempo de trabalho socialmente necessário para a constante renovação da força de trabalho, o que implica em dispêndios diretos, como transporte e alimentação, e indiretos, como programas previdenciários, de assistência social, saneamento e assistência médica, programas esses subsidiados pelo Estado. São justamente essas formas de remuneração indiretas que representam um componente crescente do custo social de produção e reprodução do trabalho nas sociedades capitalistas modernas (POSSAS, 1981).

O maior controle e regulação estatal são explicados, por um lado, pelas pressões da classe trabalhadora – organizada em sindicatos[13] – por ampliação dos benefícios sociais e condições de vida melhores. Por outro lado, existe uma clara tendência das grandes empresas capitalistas forçarem uma transferência para o Estado dos encargos sociais que cabem a elas[14]. Nesse sentido, socializam-se os custos de reprodução da força de trabalho, e o conjunto da sociedade fica responsável pelo financiamento dos programas de bem-estar social, diretamente, através de impostos e contribuições, ou indiretamente, com o repasse para o preço dos produtos (POSSAS, 1981).

Em grande parte dos países avançados, os sistemas de saúde foram expostos às forças de mercado. A despeito da existência de um frágil consenso a respeito de sua importância para a sociedade, falhou a tarefa de retirar por completo o caráter mercantil dos serviços de saúde. Por sua vez, o setor de saúde brasileiro foi estruturado de forma bastante peculiar, com grande participação do setor privado na provisão dos serviços. Assim, o objetivo das próximas seções é apresentar, de forma esquemática, os principais traços característicos dos sistemas de saúde nos países avançados e no Brasil, procurando subsidiar a análise do mercado de trabalho em saúde brasileiro.

1.2.1 – Saúde e regulação estatal nos países avançados

A partir da segunda metade da década de 1970, o capitalismo passou por um conjunto de transformações políticas e econômicas que se desdobraram em uma "crise" (ou um certo remodelamento) do padrão de intervenção estatal que caracterizou o período logo após a 2ª Guerra Mundial, que se convencionou chamar de Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*), e que estava baseado:

> (...) na crença de que o Estado era responsável (dentro de certos limites) pelo bem-estar da 'massa do povo' e que estava investido da autoridade de interferir (até certo ponto) nas liberdades individual e econômica a fim de promover o referido bem-estar. A novidade dessa idéia residia na sua divergência da idéia predecessora segundo a

[13] A passagem da 'classe em si' para uma 'classe para si' significa a transformação da 'animalidade social operária' para uma 'personalidade social operária', que se reflete na luta pela diminuição da jornada de trabalho e pela oposição ao consumo depredatório da força de trabalho. Com esse movimento, a reprodução da força de trabalho passa a caber "também à mais-valia, na forma transformada do imposto e do seguro social, os quais por sua vez implicam num crescimento dos gastos improdutivos do Estado, afetando as condições de reprodução do capital e particularmente a formação e os níveis da taxa de lucro" (OLIVEIRA, 1989: 155-156).

[14] O'Connor (*apud* ARRETCHE, 1995: 13-14), mostra que o Estado capitalista busca desempenhar duas funções principais – que podem até ser contraditórias entre si –, promover a acumulação do capital e legitimar a ação do Estado, criando ou garantindo as condições de harmonia social. As despesas estatais, na forma de capital social ou despesas sociais, respondem às necessidades do capital. Os gastos recaem sobre o Estado e, assim, o setor monopolista passa a socializar os custos da produção.

> qual o Estado se ocupava apenas com os miseráveis e os desamparados, e que sua ação em benefício deles não deve entrar em choque com a vida normal da comunidade (MARSHALL, 1967: 33).

Mas as novas condições de concorrência intercapitalista, a crise política do Estado e as necessidades de ajuste fiscal modificaram de forma sensível o processo produtivo e o posicionamento do Estado no tocante às políticas de caráter social. Aliado a isso se altera significativamente o padrão de regulação do trabalho, com a flexibilização das relações de trabalho no que se refere às formas de contratação, determinação da remuneração, jornada de trabalho, solução dos conflitos e a descentralização das negociações.

Para compreender esses fenômenos, analisar-se-á, a seguir, os fatores que determinaram as mudanças no padrão de intervenção estatal verificadas nos países avançados no último quarto do século XX, empreendendo uma análise específica sobre os sistemas de saúde, que passaram a sofrer uma maior "exposição" às forças do mercado.

Dos "Anos de Ouro" ao novo padrão de regulação estatal

As políticas sociais e a repercussão dos gastos governamentais na dinâmica econômica ganharam destaque com o surgimento das teorias propostas por Keynes, em um contexto de crise de insuficiência da demanda efetiva. A conjuntura econômica desfavorável a partir de 1929, a 2ª Guerra Mundial, e a divisão do mundo em 2 blocos – um capitalista e outro "comunista[15]" – desencadearam um processo de aversão ao risco na sociedade, que passou a demandar políticas que promovessem o crescimento econômico, visassem a diminuição do desemprego e a elevação do nível de proteção social.

O Estado passou então a ter uma maior participação na economia, a partir da provisão de serviços sociais e com o uso de políticas monetárias e fiscais ativas, de caráter compensatório. Com isso, entre as décadas de 30 e 70, surge, nos países centrais, um estado de bem estar social, com despesas públicas em políticas sociais, notadamente saúde, que representavam parcelas cada vez mais representativas do gasto público (MÉDICI, 2002).

O avanço do gasto público e da regulação estatal só foi possível a partir da elevação da carga tributária e a formação de fundos públicos que financiaram tais políticas de caráter social. Para tanto, era absolutamente necessário que não houvesse o comprometimento da lucratividade das empresas. Nesse sentido, foi essencial a conjuntura de baixos custos financeiros das empresas, de baixo preço do barril de petróleo, além das altas taxas de crescimento e produtividade apresentadas no período pós-guerra.

As tabelas 1 e 2 são bastante ilustrativas do período próspero[16] em que se encontrava o capitalismo avançado no período pós 2ª Guerra Mundial, que até justificam a denominação "Anos Dourados". A tabela 1 apresenta as taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) de alguns países selecionados.

---

[15] Nesta perspectiva mais política, a Guerra Fria representou uma ameaça de avanço do comunismo sobre os domínios do capitalismo, que teria se visto obrigado a fazer algumas concessões à sociedade como forma de "evitar que trabalhadores e outros setores desfavorecidos pudessem 'passar' para o comunismo" (URIARTE, 2002: 22).

[16] Em contraste, as tabelas 1.1 e 1.2, em anexo, trazem números mais recentes e não tão animadores.

Nota-se, a partir da tabela 1, um surpreendente dinamismo econômico no período que vai de 1950 a 1973, com crescimento médio anual do PIB da ordem de 5,2% na França, 6,0% na Alemanha, e notáveis 9,2% no Japão. A tabela 2, por sua vez, traz os números anualizados dos ganhos médios reais de produtividade, demonstrando o elevado crescimento da produtividade média do trabalho durante o período sob o regime de acumulação fordista, que decorrente, basicamente, das rápidas modificações na base tecnológica.

Tabela 1

Ganhos médios reais anuais de produtividade do trabalho por período
Diversas fases históricas do capitalismo

PAÍSES	Ganhos de produtividade por período (*)					
	1870/1913	1913/1929	1929/1938	1938/1950	1950/1973	1973/1992
Bélgica	1,2	1,8	1,0	1,2	4,5	1,9
Alemanha	1,9	1,4	1,1	-0,8	6,0	1,8
França	1,7	2,4	2,9	0,5	5,1	1,8
Itália	1,7	2,0	3,1	1,0	5,8	1,6
Holanda	1,3	2,9	-0,1	0,3	4,8	1,4
Reino Unido	1,2	1,5	-1,0	3,7	3,1	1,4
Austrália	1,1	1,3	1,1	1,6	2,9	1,0
Canadá	2,3	1,3	0,1	5,3	3,0	1,0
EUA	1,9	2,4	1,6	3,2	2,7	0,7
Japão	1,9	3,5	2,3	-0,6	7,7	2,0

Fonte: Maddison (1995) a*pud* Bolaño e Mattos (2004).
(*) variação da produtividade média por período.

Tabela 2

Taxas médias anuais de crescimento do Produto Interno Bruto por período (em %)
Países selecionados - 1870 a 1998

Países	1820-1870	1870-1913	1913-1950	1950-1973	1973-1986	1990-1998
EUA	4.2	4.2	2.8	3.9	2.5	2.5
Grã-Bretanha	2.0	1.9	1.3	3.0	1.4	1.9
Alemanha	2.0	2.8	1.3	6.0	1.9	2.4
França	1.3	1.6	1.1	5.2	3.2	1.7
Itália	n.d.	1.5	1.4	5.6	2.3	1.3
Japão	0.3	2.5	2.2	9.2	3.7	1.1

Fonte: Maddison (1989). Dados da OCDE entre 1990-1998. Extraído de Bolaño e Mattos (2004).

Esse dinamismo do capitalismo regulado apresenta seus primeiros sinais de desgaste ainda na década de 1960, quando é sentido um certo abalo nas estruturas de poder e nas políticas sociais. A social-democracia perde força em função, entre outros motivos, da dificuldade das políticas sociais em atender aos novos valores da sociedade, que ao contrário da geração anterior, aceita correr mais riscos e demanda políticas que levem em consideração os interesses individuais, propondo um modelo de proteção social mais "flexível".

A crise do Estado de Bem-Estar pode, então, ser entendida como a conjugação de vários fatores, como a crise política – representada pelas greves de 1968 e pelas críticas ao modelo de proteção vigente –, e a crise econômica, que se desdobrou tanto no nível macroeconômico quanto no microeconômico. Em termos macroeconômicos, eleva-se vertiginosamente o déficit público, são recorrentemente verificados problemas na balança comercial, a inflação se acelera e a ameaça do desemprego é crescente. No plano microeconômico, cai a produtividade e os custos se elevam em função dos preços da força de trabalho, dos insumos e da

obsolescência tecnológica. Ademais, esses custos são significativamente pressionados pela crise do petróleo, pela elevação dos juros dos Estados Unidos e pela nova orientação da política econômica dos países que constituíram o Mercado Comum Europeu[17] (DEDECCA, 1999: 20 e 133).

Surge, paralelamente, no bojo do pensamento conservador, a idéia do *Crowding Out* (ou efeito deslocamento), pela qual, num contexto de queda na lucratividade das empresas, a ação do Estado, através dos gastos públicos financiados com alta carga tributária, constituiria um grande desestímulo ao investimento privado. Para a recomposição do dinamismo das empresas, restaria então a imediata retração do Estado regulador, com o claro propósito de romper com o processo de concorrência entre o setor público e o setor privado pela repartição da poupança, contrair os gastos públicos para diminuir os custos indiretos do trabalho e para reduzir a regulação pública sobre as relações de trabalho[18], o que permitiria que as empresas pudessem estabelecer seus contratos em bases compatíveis com o novo cenário econômico (DEDECCA, 1999: 21).

Dado esse contexto de queda na rentabilidade, as empresas buscaram orientar suas estratégias no sentido de aproveitar a esfera de valorização do capital nos mercados financeiros (nacionais e internacionais) e promover a racionalização da sua produção. Essa racionalização produtiva exigiu modificações nas relações de trabalho que desarticularam os sistemas de negociação coletiva, diminuindo o poder dos sindicatos, e desmontaram os sistemas nacionais de relações de trabalho, flexibilizando o uso do trabalho (DEDECCA, 1999: 22-24).

A flexibilização do uso do trabalho se dá, entre outras formas, pelo aumento da autonomia na alocação e mobilidade do trabalho (contratação por tempo determinado, ocupações menos rígidas etc.), modulação da jornada de trabalho (criação do banco de horas) e a crescente individualização do processo de determinação dos salários (vinculação da remuneração à performance ou ao desempenho do trabalho) (DEDECCA, 1999: *passim*).

Tem-se, então, no capitalismo contemporâneo, o triunfo de um *despotismo hegemônico*, em que, na concepção de Michael Burawoy (1990: 48):

> Os interesses do capital e do trabalho continuam sendo concretamente coordenados, mas onde o trabalho costumava *receber* concessões com base na expansão dos lucros, ele, agora, *faz* concessões com base na lucratividade relativa dos capitalistas entre si – isto é, dos custos de oportunidade do capital (grifos no original).

Se por um lado houve mudanças significativas no interior das empresas com vistas à racionalização da produção, por outro, a elevação dos custos das políticas sociais forçou a

[17] O esforço de construção do sistema monetário europeu significou, entre outras coisas, a imposição do câmbio nominal fixo, a desregulamentação dos mercados nacionais e uma política monetária restritiva. A diretriz econômica buscou favorecer a integração e promover a desinflação, aumentando assim a competitividade entre os países da região (DEDECCA, 1999: 133).

[18] Willianson, partindo de uma leitura equivocada de Penrose, destaca como problema fundamental da empresa a racionalização dos custos (com base na microanalítica). Nesse sentido, aponta a redução dos custos de transação como essencial para reduzir o risco das empresas ao longo do processo econômico. A partir disso, defende que não deve haver restrições da norma pública ao livre estabelecimento dos contratos (justificando, assim, o recuo da norma pública) e que os sindicatos não podem ter o monopólio dos contratos de trabalho, mas devem apenas agir como gestores centralizadores desses contratos. Como forma de reduzir os riscos da empresa se propõe a flexibilização, por exemplo, das formas de contratação do trabalho, e a remuneração por produtividade, na busca pela reconstrução da autonomia das partes no estabelecimento dos contratos de trabalho (WILLIANSON, 1996).

revisão da ação do Estado em diversos aspectos relacionados ao sistema de proteção existente. Para a finalidade do presente trabalho, interessa, mais especificamente, como se deu essa revisão da ação pública no interior do setor de saúde, enfatizando suas especificidades e os novos arranjos entre os setores público e privado na atualidade.

Saúde e regulação estatal

Ao contrario da tendência de coletivização observada desde o século XIX, a influência do modelo americano na Europa introduz, a partir da década de 1970, a individualização dos interesses. O Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), entendido como um amplo sistema de proteção universal em que os riscos são considerados coletivos, cede espaço para a idéia de *Workfare*[19], em que o risco passa a ser visto como um problema individual. O *Workfare*, nesse sentido, coloca em xeque a questão distributiva e a proteção universal, no entanto, sem alterar a dimensão institucional do sistema (GROVER e STEWART, 1999).

Toda a rede de proteção social representada pelo *Welfare State* passa, a partir do último quarto do século XX, a ser alvo de contestações sobre sua pertinência e, em maior ênfase, sua sustentabilidade financeira. A crise fiscal, e também política, instaurada nos países avançados, dá espaço às correntes do pensamento (neo) liberal conservador, que passaram a privilegiar políticas que restringiam os gastos do governo e promoviam grandes mudanças em relação à natureza e as fontes de financiamento desses gastos. Nas palavras de Christopher Pierson:

> À medida que a recessão econômica se aprofunda, a demanda sobre a despesa pública, e especialmente a despesa social, cresce, em parte graças a inércia do crescimento, mas também por causa dos custos que sobem diretamente com o declínio econômico (os custos do desemprego amplo e as reivindicações dos benefícios sociais). Ao mesmo tempo, enquanto a demanda cresce, a receita declina devido à queda do crescimento na geração de impostos (PIERSON, 1991: 145).

No caso específico da saúde, os gastos como porcentagem do PIB, nos países desenvolvidos, cresceram expressivamente desde o pós-guerra. De acordo com Médici (2002: 54-57), dentre os fatores de elevação dos custos do setor de saúde ao longo do *Welfare State* estão:

a) ***Extensão horizontal e vertical da cobertura*** – inclusão de novos segmentos como clientela dos serviços de saúde, complexificação e diversificação da oferta de serviços de saúde;
b) ***Envelhecimento da estrutura etária da população*** – queda da fecundidade e da mortalidade nos países centrais, aumentando a necessidade de atenção médica em termos relativos;
c) ***Transformações nas estruturas de morbi-mortalidade*** – substituição na ordem de importância das doenças infecto-contagiosas pelas doenças crônico-degenerativas, alterando o perfil de custos do setor de saúde;
d) ***Mudanças no campo da tecnologia médica, nas funções de produção em saúde e seus impactos na produtividade*** – incorporação de novos equipamentos e recursos humanos com mais qualificação;

[19] Pelo modelo baseado no *Workfare*, "the unemployed would otherwise be lazy, idle scroungers and need the benefit regime to remind them sharply of the discipline of the market" (GROVER e STEWART, 1999: 76). Deveria-se, então, coagir os desempregados a procurar um novo emprego, utilizando, para isso, a possibilidade de corte do benefício. O sistema "forces peoples to take jobs or forms of training on the job which pay less than the current market rate for the same kind of work" (COSTELLO'S *apud* GROVER e STEWART, 1999: 76).

e) ***Fatores sócio-econômicos e culturais*** – a rigidez na pauta de consumo de serviços de saúde faz com que os aumentos na renda *per capita* se traduzam em aumentos nos gastos com saúde, sejam eles públicos ou privados;
f) ***Estruturas securitárias*** – o aumento do seguro indenizatório e de proteção dos riscos eleva os custos dos serviços de saúde.

Talvez o fator mais importante a ser considerado no aumento dos gastos com os sistemas de saúde é a questão da incorporação tecnológica. Como bem mostra Vianna (2004: 02-03):

> Na saúde, a tecnologia assume um papel simbólico importante. Ela é o conforto e a garantia de que o conhecimento humano foi utilizado no máximo do seu potencial atual na solução dos problemas individuais. O público demanda, exige, que a prática médica seja calcada na "melhor" tecnologia disponível. O resultado foi que, devido ao crescente aumento da competição industrial, tanto na área farmacêutica como na de equipamentos, a manutenção das taxas de retorno dos investimentos realizados dependia de um uso extensivo da tecnologia e, portanto, de um aumento crescente dos custos da prática médica. Constrói-se, assim, um cenário explosivo – de um lado, um crescimento vertiginoso da oferta; de outro, uma forte pressão de demanda – cujo resultado é evidente. Os gastos com a saúde aumentam de forma exponencial em praticamente todos os países.

O combate às políticas sociais do Estado de Bem-estar, no entanto, não se materializou a ponto de provocar um declínio expressivo dos gastos sociais efetuados pelo setor público. Analisando esse dado como percentual do Produto Interno Bruto, pode-se observar que não houve uma queda acentuada para o conjunto dos países da União Européia e da OCDE (Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico). Nesse sentido, a importância das políticas sociais não é posta em xeque em sua totalidade, mas elas foram re-adequadas de acordo com a nova realidade econômica e social de cada país.

> (...) algumas políticas públicas estreitaram as regras de elegibilidade ou reduziram os benefícios, principalmente os programas residuais, com baixo desempenho nos países onde a pressão sobre o déficit público foi mais severa. Entretanto, essas reformas foram mais de ajuste dos programas existentes do que a introdução de novos formatos pela focalização seletiva e pela mercantilização das condições de acesso (PIERSON *apud* COSTA, 2002: 15).

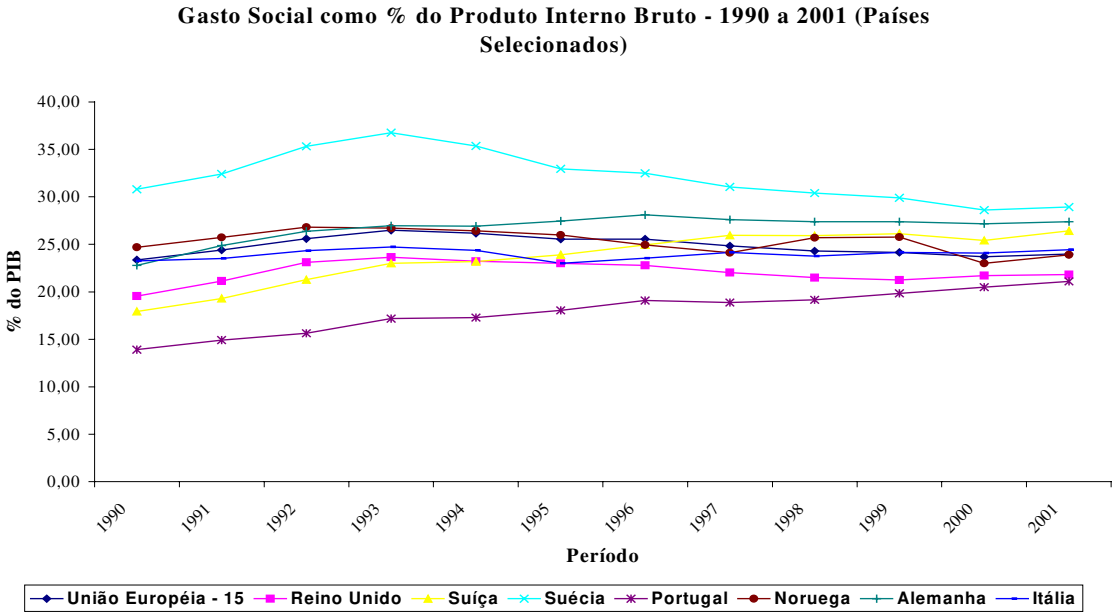
O gráfico 1, apresentado a seguir, é representativo deste fenômeno. É possível afirmar que, em alguns países, realmente houve uma diminuição nos gastos sociais do governo como percentual do PIB no período analisado, ainda que as magnitudes dessas reduções não sejam significativas. Os dados apontam, para a maioria dos países, uma relativa estabilidade – e em alguns casos até uma certa tendência de crescimento –, da participação dos gastos sociais no PIB em um patamar razoavelmente alto. É necessário, por outro lado, considerar também o *timing* dos diversos países em relação a esse processo de reposicionamento do Estado, para não generalizar a análise de forma indiscriminada, já que os países europeus encararam tanto o período do *welfare* quanto sua "crise" a partir de estratégias diferenciadas[20].

No que diz respeito especificamente à evolução dos gastos com saúde, Vianna (2004: 03) afirma:

[20] Para ver a evolução dos gastos sociais por país, ver tabela 1.3, em anexo.

> Ainda que, na década de 90, a tendência de aumento tenha sofrido uma desaceleração (resultado de processos de reforma dos sistemas de saúde que se expressaram em diversas medidas de contenção e racionalização dos custos), os gastos continuam em ascensão e percentagens substanciais das rendas nacionais são anualmente comprometidas com essas despesas. (...) O setor público encontra-se também preso a essa espiral. Sem poder controlar o desenvolvimento tecnológico e pressionado pela população, o Estado se põe a reboque de uma lógica que lhe é totalmente externa.

Gráfico 1



Fonte: OCDE (2005).

Os sistemas nacionais de saúde estão inseridos em contextos políticos e socioeconômicos particulares, que dão sustentação e limitam as tentativas de reforma do Estado. Nesse sentido, a interação das três dimensões da saúde é fundamental para entender os diversos sistemas de saúde, inclusive o caso brasileiro: a saúde como proteção social, a saúde entendida como política e a dimensão econômica. A dimensão de proteção social que a saúde assume decorre do entendimento desta como direito do cidadão e dever do Estado, previsto na lei. A dimensão política da saúde está posta na integração de diversos atores nos processos decisórios. Já a dimensão econômica da saúde expressa os conflitos e as pressões dos diversos grupos internos e externos, principalmente as indústrias globalizadas – como as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Ademais, esse aspecto econômico da saúde se torna complexo em função da gama de empresas ofertantes de planos e seguros privados e da maciça participação do setor privado com fins lucrativos na oferta de leitos e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (VIANA, 2003).

Ainda de acordo com Ana Luiza Viana (2003: 06), sobre a influência do setor privado na saúde, nas três últimas décadas:

> Os sistemas de saúde foram expostos às forças de mercado, mantendo-se, no entanto, cada vez mais fortalecida a regulação estatal, apesar do enfraquecimento da influência das organizações sindicais, fatores importantes para explicar o universalismo no pós-guerra.

Nesse momento, é preciso fazer uma pequena diferenciação entre a natureza das reformas do setor de saúde das décadas de 1970 e 1980 com a verificada nos anos 1990. Na primeira "onda" de reformas, as modificações no modelo organizacional da atenção à saúde foram compelidas por constrangimentos de ordem macroeconômica, enquanto as reformas levadas a cabo ao longo da década de 1990 visavam, basicamente, a flexibilização da administração pública e a instituição da contratualização. Com esse intuito, promoveram incentivos para montar um ambiente institucional que fosse favorável ao aumento da eficiência dos provedores de atenção à saúde, sejam eles privados ou públicos (COSTA *et al*, 2001: 291).

> As reformas européias consideram que não há um conceito de mercado que possa ser útil para o sistema de saúde ainda que alguns mecanismos da gestão privada venham sendo introduzidos na gerência financeira, na decisão alocativa ou no estímulo à produtividade do sistema, como a livre escolha do usuário/consumidor, a contratualização negociada (contrato de gestão) e a concorrência pública. Estas iniciativas refizeram as relações entre Estado e mercado para um modelo híbrido denominado como mercado interno (*internal market*), competição pública ou *quasi*-mercado (COSTA *et al*, 2001: 304).

A forma como o Estado está organizado para produzir os serviços de saúde, conforme Farias e Melamed (2002: 07), é que daria os contornos e a profundidade da atuação do setor privado. Em outras palavras, o desenho institucional das políticas de saúde de cada país depende fundamentalmente do grau de mercantilização da saúde, que, por sua vez, varia em função do caráter **público** ou **meritório** que a saúde assume e do entendimento da coletividade acerca do papel do Estado na provisão desses serviços. A partir dessa constatação, os autores identificam três papéis que os seguros privados podem assumir: a) Cobertura de indivíduos que são inelegíveis ao seguro público (Ex: EUA, em que, nos sistemas de Medicare e Medicaid, apenas uma parte da população é elegível – nesse caso, os idosos e os pobres); b) Cobertura de indivíduos que optam por retirar-se do programa de seguro público universal (Ex: Alemanha); c) Cobertura suplementar de serviços coexistindo com um sistema público universal (Ex: Reino Unido e Brasil). Existiriam, então, várias possibilidades de combinação entre formas de financiamento dos sistemas de saúde e tipos de prestadores desse serviço. O quadro 3 é uma tentativa de sistematização dos arranjos institucionais existentes nos países desenvolvidos e em outros países selecionados.

No entanto, de acordo com Vianna (2004: 03), pode-se dizer que se desenvolvem dois modelos básicos:

> (...) um americano, de caráter privado, e outro estatal. No primeiro, o Estado tem baixa participação e o mercado é que vai intermediar o processo de compra e venda da mercadoria saúde. No segundo, o Estado procura manter sua capacidade de regulação, estabelecendo regras de incorporação de tecnologia e de formas de prestação de serviços médicos.

Atualmente, como se pode observar no quadro 3, existe um alto grau de articulação entre os sistemas público e privado de saúde e, no interior deste último, uma grande influência das empresas de intermediação, com seus "braços" financeiros, constituindo, dessa forma, para além do complexo médico-industrial, um complexo médico-financeiro. Só para citar alguns exemplos dessa diversidade de soluções encontradas pelos países no provimento dos serviços de saúde são apresentados abaixo os principais traços dos sistemas de saúde em alguns países selecionados.

Em Portugal, por exemplo, as despesas do sistema nacional de saúde são socializadas. O sistema tem um caráter universal, e é complementado por um sistema privado cujos preços são controlados pelo Estado. Existe, de acordo com Berésniak e Duru (1999), uma clara focalização da ação pública, enquanto o sistema nacional de saúde garante fundamentalmente os cuidados primários e hospitalares, a medicina especializada fica nas mãos do setor privado. Os profissionais da área médica atuam tanto no setor público quanto no setor privado, sendo remunerados por este a partir dos honorários pagos diretamente pelo paciente (*out of pocket*) ou ainda intermediados por companhias privadas de seguro-saúde.

Quadro 3
Formas de financiamento e tipos de prestadores dos sistemas de saúde em países selecionados - 1998

País	Financiamento	Prestador
Bélgica, França, Alemanha, Áustria, Japão, Luxemburgo	Seguro Social	Mix público/privado
Holanda	Mix seguro social/privado	Privado
Irlanda, Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Islândia, Portugal, Noruega, Suécia	Recursos Fiscais	Público
Canadá	Recursos Fiscais	Privado
EUA, Suíça	Seguro Voluntário	Privado
Itália	Seguro Social/recursos fiscais	Público
Austrália, Nova Zelândia	Recursos fiscais	Mix público/privado
Turquia	Não há fonte predominante	Mix público/privado

Fonte: OCDE (1998), adaptado de Farias e Melamed (2002: 08). Disponível em: < www.oecd.org >

No setor de saúde austríaco existem paralelamente um sistema de saúde público – financiado por um imposto geral – e um sistema privado composto por clínicas e por médicos, que em geral exercem também no setor público (o que se traduz em uma remuneração mista, composta de ordenados e honorários). Para os austríacos, subscrever contratos com seguradoras privadas é uma questão facultativa.

Na Espanha é ainda mais claro o avanço da lógica capitalista no setor de saúde. O sistema de saúde privado também é financiado pelo órgão de segurança social (INSALUD). Cerca de 70% da população dispõem de seguros complementares de saúde, tanto seguros privados como aqueles de natureza mutualista, e todas as clínicas, farmacêuticos e dentistas pertencem ao setor privado.

Nos Estados Unidos, por sua vez, coexistem os sistemas de *Medicaid* e *Medicare,* complementados por uma rede de provedores de serviços privados de saúde. Talvez esse seja o país em que se pode ver com maior facilidade o alto grau de penetração do capital no setor, com a proliferação de empresas de intermediação e de financiamento de serviços de saúde. (BERÉSNIAK e DURU, 1999: 29-31).

Na Dinamarca, o setor público de saúde é altamente desenvolvido, e as diversas regiões possuem seus próprios hospitais, clínicos gerais, especialistas e profissionais de enfermagem.

Apesar dos médicos terem a opção de exercer integralmente a profissão no setor privado (recebendo honorários), comumente os clínicos gerais pertencem ao sistema de saúde nacional, sendo remunerados por paciente atendido. O setor de seguros privados de saúde ainda é proporcionalmente pequeno – dadas as características derivadas do *welfare state* desenvolvido nos países nórdicos –, mas é funcional de tal modo que atua principalmente nas "brechas" que o setor de saúde público deixa, financiando despesas que não são totalmente cobertas pelo serviço nacional (BERÉSNIAK e DURU, 1999: 28).

Se nos países avançados existem diversas formas de articulação entre o capital privado e o estatal na provisão dos serviços de saúde, pode-se dizer, com propriedade, que o setor de saúde no Brasil esteve, ao longo de toda a sua evolução, diretamente sob a influência do setor privado, moldando o sistema de saúde brasileiro a partir de uma lógica que não conseguiu romper com o conhecido problema da desigualdade no acesso aos serviços. A seguir, são apresentadas, de forma sucinta, as etapas contemporâneas do desenvolvimento capitalista no setor de saúde brasileiro, enfatizando os processos políticos e econômicos que moldaram o sistema de saúde brasileiro na atualidade, assim como o caráter dominantemente financeiro que este sistema adquiriu nos últimos anos.

1.2.2 - Desenvolvimento capitalista no setor de saúde brasileiro[21]

Braga e Paula (1986) vinculam a emergência da saúde como questão social a partir da economia capitalista exportadora de café, o que refletiu o avanço da divisão do trabalho nessa fase e o nascimento do trabalho assalariado. Não por acaso, a questão da saúde no Brasil só ganha contornos melhor definidos como política pública a partir da década de 1930, com o desenvolvimento das forças de produção capitalistas no processo de industrialização que se iniciava. Antes disso, havia apenas ações esparsas e descoordenadas, "campanhas sanitárias" e esforços no sentido de promover a higiene e controlar as epidemias urbanas e endemias rurais (para uma análise dos principais fatos históricos relacionados às políticas de saúde no Brasil, ver quadro 1.1, anexo).

Foi durante a Primeira República que se consolidou a estrutura administrativa de saúde centralizada, tecnoburocrática e corporativista que, em grande medida, predominou durante várias décadas no Brasil, configurando o perfil autoritário das instituições de saúde pública e centros de decisão de políticas de saúde (LUZ, 1997: 139).

Criadas pela Lei n° 4.682, de 1923, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) vão se constituir, de acordo com Braga e Paula (1986: 49), no embrião do seguro social no Brasil. Essas caixas eram financiadas de forma tripartite (União, empregados e empregadores), eram organizadas por empresas[22], e ofereciam benefícios proporcionais aos salários e que incluíam assistência médica curativa, fornecimento de remédios, aposentadoria, pensões e auxílio pecuniário para funeral.

---

[21] O objetivo desta seção não é apresentar uma longa e completa descrição da evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, mas antes uma tentativa de mostrar como o sistema de saúde brasileiro sempre esteve associado ao setor privado, quer seja na contratação direta dos serviços ou na frouxa regulação dos serviços privados. Ademais, pretende-se mostrar como houve um claro processo de mercantilização dos serviços de saúde, que culminou com a proliferação de empresas operadoras de planos de saúde, que estendeu a lógica rentista à prestação de serviços de saúde e ao sistema de inovação em saúde.

[22] Somente as grandes empresas tinham condições de manter essas caixas, o que significa que, até 1930, a maior parte dos assalariados estava excluída dos benefícios trazidos pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões.

Somente no período pós-1930 é que emerge uma política nacional de saúde, de caráter restrito, diga-se de passagem, porque estava limitada tanto no que se refere à amplitude de sua cobertura quanto aos aspectos técnicos e financeiros da estrutura organizacional vigente (BRAGA e PAULA, 1986: 50). O importante a destacar, acerca desse período, é que:

> (...) com o processo político de 30, as transformações do Estado e, em particular, o fato de que este novo esquema de poder deveria contemplar, de algum modo, os assalariados urbanos, tornavam necessária uma definição e tentativa de implantação de políticas sociais. É neste sentido que deve ser entendido o conjunto de políticas sociais elaboradas no período: legislações trabalhistas, montagem do sistema previdenciário baseado nos Institutos, sindicalismo atrelado ao Estado etc., foram a forma de controlar política e economicamente a classe trabalhadora, respondendo por vezes a seus movimentos, mantendo a lucratividade do setor industrial e sua capacidade de acumulação, mantendo níveis mínimos de reprodução da força de trabalho, mantendo sob controle a participação política dos trabalhadores. Assim, a partir do momento em que a nova dinâmica de acumulação, sob dominação do capital industrial, produz seus resultados característicos – aceleração a urbanização, ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de higiene, saúde e habitação etc. – novas exigências pressionam no sentido de efetivação e ampliação das políticas sociais (BRAGA e PAULA, 1986: 52).

A política nacional de saúde, a partir de 1930, estava organizada de forma centralizada em torno de dois subsetores, medicina previdenciária[23] e saúde pública, sendo este último o predominante até a metade da década de 1960, através da volta das campanhas sanitárias. É interessante notar que, durante este período, sempre estiveram presentes instituições como a Fundação Rockefeller, que estava interessada na criação de condições sanitárias adequadas ao desenvolvimento da força de trabalho requerida pelo desenvolvimento capitalista.

O ponto de inflexão nas políticas de saúde só se dá a partir de meados da década de 1950. Com as modificações na economia brasileira e o reaparelhamento do Estado, a dinâmica de acumulação se torna especificamente capitalista e a medicina previdenciária se transforma em um requerimento efetivo para o processo de trabalho. A partir dos anos 1960, há uma diminuição relativa dos gastos do subsetor saúde pública e a elevação da medicina previdenciária. Duas ordens de fatores contribuíram para essa alteração: a baixa eficácia da política de saúde pública (associada a inexistência de mobilização popular) e a questão da estrutura tributária (pois enquanto a saúde pública sofria com a carência de recursos e a ausência de pressões políticas, o sistema previdenciário era auto-financiável (BRAGA e PAULA, 1986: 53; 56; 64-65).

Por outro lado, o novo padrão de atenção à saúde que se estabelece, essencialmente hospitalar e curativo, e inserido num contexto de grande progresso tecnológico (ocorrido principalmente no pós-guerra), encontra problemas decorrentes da inexistência de escala econômica, o que agrava sobremaneira a situação financeira dos IAP's, exigindo soluções internas de racionalização que levaram ao processo de unificação dos Institutos, em 1966/1967 (LUZ, 1997; BRAGA e PAULA, 1986; POSSAS, 1981; DONNANGELO, 1975).

Em seguida, durante o período do "milagre" econômico, rompeu-se com a dicotomia saúde pública e atenção médica individual (previdenciária), reorganizando os serviços de saúde a

[23] Durante a década de 1930 surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que são dotados de maior extensão de cobertura e universalização. Ademais, os IAP's são constituídos como autarquias, e se organizam por categoria profissional (LUZ, 1997; BRAGA e PAULA, 1986).

partir de uma síntese perversa do sanitarismo campanhista e do modelo curativo da atenção previdenciária. Para Madel Luz (1997: 141): "A centralização e a concentração do poder institucional deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país".

A política de saúde no período de 1968 a 1975 generalizou a demanda social por consultas médicas, possibilitou a construção ou reforma de hospitais e clínicas privadas com financiamento da Previdência Social, assistiu à proliferação de faculdades privadas de medicina pelo Brasil e de uma gama de convênios entre o Instituto Nacional de Previdência Social e as instituições privadas prestadoras de serviços de saúde. Nas palavras de Madel Luz (1997: 142), essa política provocou:

> (...) o surgimento e o rápido crescimento de um setor empresarial de serviços médicos, constituído por proprietários de empresas médicas centradas mais na lógica do lucro do que na da saúde ou da cura de sua clientela (este setor era, aliás, subsidiado em grande parte pelo Estado, ou seja, indiretamente pelos trabalhadores, na condição de contribuintes do fisco e da Previdência Social, através do desconto em folha). Assistimos também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Assistimos, finalmente, à consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população.

Esse processo de ampliação da assistência médica, no interior da Previdência Social, através do "privilegiamento" do produtor privado de serviços de saúde pode ser encontrado com maiores detalhes nos trabalhos de Donnangelo (1976) e Possas (1981), entre tantos outros autores. Entretanto, é importante frisar que, no período em questão, as instituições previdenciárias transformaram o Estado no principal elemento do mercado de assistência médica no Brasil, comprador de forma direta ou indireta de aproximadamente 90% dos serviços médico-assistenciais prestados. Conforme a tabela 3, apresentada a seguir, a maior parte desses recursos era transferida ao setor privado, restando uma pequena fatia de recursos para os convênios com sindicatos, municípios, universidades etc.

As tentativas de modificação da política de saúde – integrantes de um pretenso "Plano Nacional de Saúde", esses projetos foram elaborados ainda no final da década de 1970 e estavam norteados pelos "anseios liberais" de parte da classe médica – visavam instituir a "privatização total da produção de serviços médicos-hospitalares e o seu financiamento por fundos públicos e, parcialmente, pelo consumidor" (DONNANGELO, 1975: 39). Obviamente, este projeto "fracassou por propor no âmbito do Ministério da Saúde um projeto de privatização que pretendia universalizar a assistência médica", e por constituir, em sua essência, apenas um plano de remuneração médica (POSSAS, 1981: 245).

Nas décadas de 1970 e 1980 se amplia ainda mais esse processo de **capitalização da medicina** no Brasil, momento em que o Estado era o maior financiador do sistema de saúde brasileiro, que viria a ser chamado de "Complexo Médico-Industrial". Para Braga e Barros Silva (2001: 19-20), a capitalização da medicina foi um "processo em que o Estado provia e pagava a ampliação da demanda aos serviços médicos e aos produtos industriais vinculados ao setor; financiava os investimentos e contratava os serviços da rede privada, apoiando, assim, os empreendimentos capitalistas no setor".

Tabela 3
Distribuição dos serviços médico-assistenciais comprados pela Previdência Social
Brasil - 1978

Serviços	**N°**	**%**
Hospitais Privados	3.130	17,2
Convênios:		
1. Convênios com empresas industriais, comerciais e bancárias mediados por empresas médicas	4.929	27,1
2. Outros convênios (*)	993	5,5
Sub-Total	5.922	32,5
Credenciamento de Clínicas e Consultórios Particulares e Laboratórios Privados		
1. Clínicas Médicas	2.056	11,3
2. Clínicas Radiológicas	2.995	16,5
3. Laboratórios	1.257	6,9
4. Clínicas Odontológicas	2.835	15,6
Sub-Total	9.143	50,3

Fonte: INAMPS, Departamento de Administração Médica. Adaptado de Aguiar (1978) *apud* Possas (1981: 237).
(*) Sindicatos, Universidades União, Municípios e outros.

O conceito de complexo médico-industrial (CMI), utilizado amplamente ao longo da década de 1980, surgiu justamente para dar conta das várias relações existentes entre os diversos agentes do sistema de saúde, assim como a inter-relação com os demais segmentos da economia. Para Cid Vianna (2004: 01), reforçando a conhecida tese de Hésio Cordeiro (1980), a idéia de CMI contempla "as diferentes articulações entre a assistência médica, as redes de formação profissional, a indústria farmacêutica e a indústria produtora de equipamentos médicos e de instrumentos de diagnóstico". Ademais, faz-se necessário ter em mente que:

> O CMI é um produto histórico e particular da evolução do sistema de saúde. É um estágio onde, devido à necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas capitalistas privadas tornam-se hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema (VIANNA, 2004: 01).

Nesse trabalho de Hésio Cordeiro (1980: 113), assume-se o período de 1966 a 1978, marcado pela constituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como sendo o ponto de inflexão no que se refere à intervenção estatal no campo da saúde, cujos reflexos passaram a ser sentidos no interior da prática médica, com "o aceleramento das transformações que conduzem à internalização das relações capitalistas de produção na prática médica".

Há que se considerar, portanto, a influência sobre a prática médica exercida, a partir da década de 1950, pela indústria farmacêutica nascente, e, na década seguinte, pelo setor produtor de equipamentos médicos, que passaram a ditar a velocidade de incorporação das novas tecnologias e produtos, assim como o surgimento de novas especialidades.

> Isto significou que o padrão de acumulação de capital estava condicionado pelos avanços tecnológicos que ocorriam nos setores farmacêuticos e de equipamentos

> médicos. Para o setor privado, abriu-se enorme janela de oportunidade. Criaram-se várias trajetórias tecnológicas, que podiam ser exploradas com elevado grau de cumulatividade e apropriabilidade. Os retornos eram tão substanciais que a indústria farmacêutica passou a ter uma das mais altas taxas de lucratividade da economia (VIANNA, 2004: 02).

Além de introduzir uma nova dinâmica de incorporação da tecnologia, a lógica do capital aplicada ao campo da saúde significou um aviltamento do trabalho humano[24], como afirma Gilson Carvalho (2005: 02):

> A lógica do capital introduziu novos equipamentos, cada vez com menor vida útil e mais dependente de novos "especialistas", de manutenção sofisticada e insumos cada vez mais caros. Vários novos equipamentos, com nova tecnologia, não "aposentaram" os antigos recursos tecnológicos. Conviveram simultaneamente, por exemplo, no campo da imagem, as máquinas de RX, ultra-som, tomografia computadorizada, ressonância magnética e outros. Cada vez mais caros e onerando abusivamente seus usuários. De outro lado, o trabalho humano da atenção, da escuta, do atendimento, cada vez mais aviltado em valor, remuneração e prestígio. Por conseguinte, desvalorizado e desinteressante.

Nestes termos, fica mais clara a idéia de Complexo Médico-Industrial, uma vez que esta explicita justamente essa fase de desenvolvimento capitalista na área médica caracterizada pela hegemonia de práticas privadas, com fins lucrativos, que passaram a ditar a dinâmica do setor de saúde a partir daquele momento. Por isso mesmo, assim que as relações capitalistas no âmbito do setor de saúde se intensificam, e se aceleram os as despesas em detrimento das receitas, forçosamente aumentaram os recursos financeiros de agentes públicos e privados envolvidos nesse complexo econômico (VIANNA, 2004: 03).

O final dos anos 1970 e o início dos 1980 trouxeram consigo uma crise dos sistemas de saúde que obrigaram uma maior busca por eficiência, determinando assim a utilização de mecanismos de estímulo à competição e políticas orientadas para o mercado. O modelo americano avança significativamente por toda a América Latina. O crescimento do sistema *Managed Care* tem sido bastante discutido e vêm ganhando terreno inclusive no Brasil, e suas práticas vêm sendo implementadas em diversos segmentos do setor de saúde brasileiro, notadamente no setor suplementar de saúde.

> O capital financeiro público também se encontrava em dificuldades. Os gastos crescentes impunham um peso que já não podia ser coberto por fundos fiscais. Para os países onde predominava essa lógica de financiamento, era necessário realizar reformas que, em grau maior ou menor, adotassem algumas das práticas propostas pelas empresas de *managed care.* O resultado foi a criação de um novo e promissor mercado de valorização de capital. O sistema financeiro, como em praticamente todos os quase-mercados capitalistas, assumiu a responsabilidade de financiar a oferta e a demanda. O esquema empregado foi a securitização do risco, em que uma parcela da

[24] Além disso – como se verá mais à frente –, e ainda na perspectiva econômica, as políticas de saúde tiveram duas importantes implicações. Uma vez tendo se constituído como *lócus* de inversão capitalista, o setor de saúde passou a estar sujeito à lógica de valorização do capital, o que acarretou um processo de separação entre o trabalho médico e os meios de produção, momento em que se observa uma grande tendência de assalariamento, similar ao registrado na indústria. Por outro lado, o crescimento da participação de empresas multinacionais de equipamentos médico-hospitalares, medicamentos e outros insumos necessários à prestação dos serviços de saúde, determinaram mudanças na estrutura dos serviços de saúde e no interior da prática médica (CORDONI *apud* SALIM, 1992: 22).

> população assume direta ou indiretamente, via impostos, o financiamento das despesas. O objetivo era dar respaldo às práticas do complexo médico-industrial que se formara e dominava a dinâmica dos sistemas de saúde (VIANNA, 2004: 04).

O grande problema associado ao surgimento deste "Complexo Médico-Financeiro" (CMF), que se pretende hegemônico, é a racionalização direcionada unicamente aos seus interesses de valorização do capital. A forte aversão ao risco por parte do capital financeiro estimula práticas que visam a diminuição da imprevisibilidade que é característica do setor de saúde (conforme foi amplamente discutido na seção 1 deste capítulo), contendo gastos médicos, gerenciando a utilização de tecnologia e a prescrição de medicamentos e exames laboratoriais[25], e introduzindo fatores moderadores de consumo dos procedimentos médico-hospitalares (compartilhando os riscos com os profissionais e consumidores dos serviços) (VIANNA, 2004: 04-05; VIANNA, 2003: 03).

Sinteticamente, no que se refere às principais características desses complexos de saúde, Cid Vianna (2004: 04-05) defende que:

> Na realidade, não existe uma superação de um complexo pelo outro, mas, ao contrário, um crescente embate pela hegemonia no setor, no qual as características dos dois complexos podem ser resumidas como: tecnologia – CMI extensiva / CMF intensiva; Gastos – CMI crescentes / CMF decrescentes; Hegemonia – CMI indústria / CMF sistema financeiro.

No bojo do processo de **mercantilização da saúde**, ocorrido na década de 1990, o setor privado de produção de bens e serviços de saúde se autonomiza no tocante às condições de financiamento e, logo em seguida, há um significativo avanço no que se refere ao desenvolvimento de um aparelho regulador do setor de saúde brasileiro, ainda que este tenha sido tardiamente constituído e venha sofrendo com uma certa "crise de identidade".

> A mercantilização da saúde significa o processo pelo qual a atenção médica passa a ser plenamente uma mercadoria "como outra qualquer" submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista. É a fase que, no Brasil, se segue à da capitalização da medicina antes mencionada. Naquela, o Estado ficava no centro do processo, financiando, criando demanda pelos serviços, centralizando as decisões e estratégias. Na mercantilização, o setor privado vai se autonomizando no financiamento, cuja expressão máxima é o seguro-saúde privado, na produção de serviços que já conta com uma base própria de acumulação em expansão. Além disso, multiplicam-se os tipos de empresas de saúde e o consumidor de serviços se encontra no mercado e não mais diante do serviço público. O Estado perde relativo controle do processo e tenta regulá-lo, firmar contratos, supervisionar, em outras palavras "correr atrás" dos abusos de poder econômico e tentar domesticá-los a favor do povo e da nação (BRAGA e BARROS SILVA, 2001: 20).

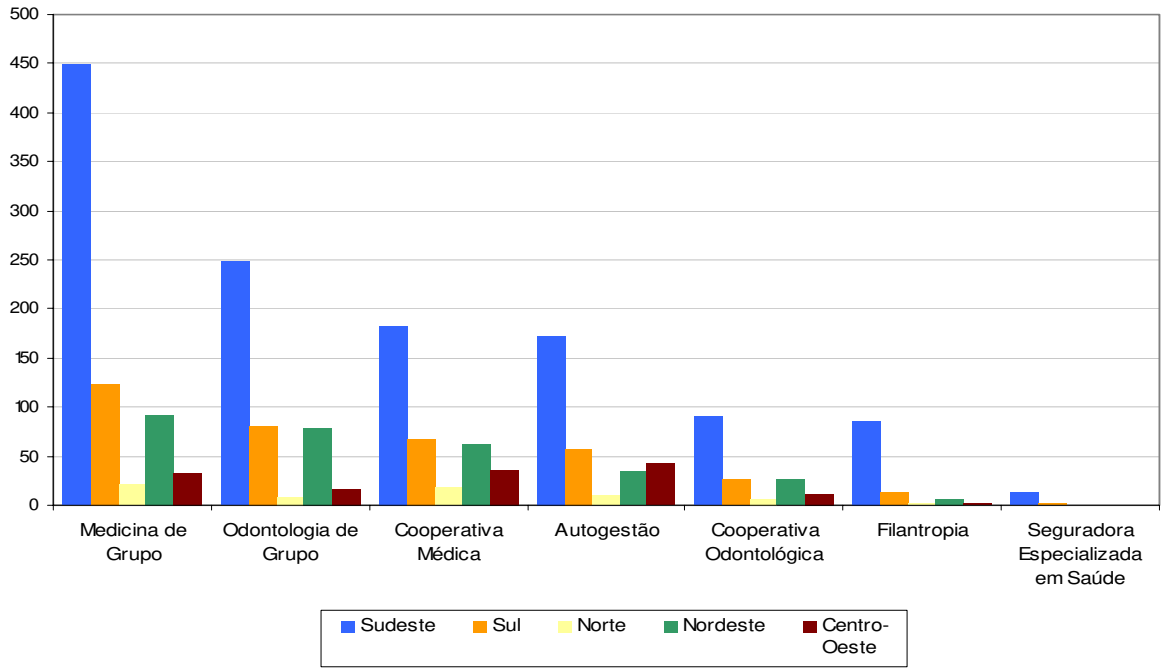
Uma pequena digressão se faz necessária, neste momento. Só para se ter uma idéia da dimensão que adquiriu o sistema brasileiro de saúde suplementar, em agosto de 2005 existiam 2.129 operadoras ativas cadastradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), destas, 718 são empresas de medicina de grupo, 432 de Odontologia de Grupo, 367 Cooperativas Médicas, 316 empresas de Autogestão, 162 Cooperativas Odontológicas, 108

[25] Ademais, no caso brasileiro, houve ainda um movimento por parte das operadoras de planos de assistência à saúde no sentido de dominar a cadeia produtiva da saúde, quer seja através da compra de hospitais, da aquisição de unidades de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, ou mesmo pela comercialização de medicamentos (VIANNA, 2003: 03).

Filantrópicas, 14 Seguradoras Especializadas em Saúde e 12 administradoras. A receita total advinda de contra-prestações do conjunto dessas operadoras alcançou, no ano de 2004, a marca dos 31 bilhões de reais.

O gráfico 2, que traz o número de operadoras ativas registradas na ANS em agosto de 2005, mostra a distribuição destas empresas por região da sede e também por modalidade. Nota-se uma grande concentração de operadoras na região sudeste (58,62%), seguida de longe pelas regiões sul (17,47%) e nordeste (14,23%), assim como uma predominância da modalidade medicina de grupo, que representa 33,72% do total de empresas do sistema suplementar de saúde.

Gráfico 2
Operadoras por região da sede e modalidade



Fonte: Cadastro de Operadoras (ANS/MS), 29/08/2005.
Notas: Operadoras ativas. As Administradoras não foram incluídas.

Contudo, o que importa saber sobre estas tendências do setor saúde é que, tanto os espaços privados quanto os públicos passaram "por um processo de transformação no modelo de gestão e organização da produção de bens e serviços em saúde na direção de um padrão empresarial", o que é bastante condizente com o processo mais geral de expansão do sistema de produção capitalista (GADELHA, 2003: 523). Neste sentido, a próxima seção mostra os processos econômicos e políticos que caracterizaram as reformas e contra-reformas do sistema de saúde brasileiro, levando em consideração também as tendências observadas no âmbito da América Latina.

1.2.3 – O processo de reforma do sistema de saúde brasileiro

Impactos das reformas dos sistemas de saúde

Em toda a América Latina, como é possível notar a partir do quadro 4, há uma tendência à descentralização dos serviços e ao maior investimento na medicina preventiva, em busca de

uma maior resolutividade das ações e da diminuição dos custos com atendimento hospitalar. Chamam atenção também as novas modalidades de gestão dos serviços de saúde, incorporando formas flexíveis de contratação e remuneração de serviços que já eram largamente utilizadas nos demais ramos produtivos.

Quadro 4
Impactos das reformas sobre o desempenho do pessoal de saúde

Principais aspectos das reformas no setor de saúde	Implicações para o trabalho do pessoal de saúde
• Descentralização; • Modificações em funções e estruturas; • Modificações no financiamento e nas formas de remuneração; • Novas modalidades de gestão: externalização ou contratação de terceiros, compra de serviços, autonomia de serviços, etc; • Modificações nos modelos de atenção; • Extensão da cobertura.	• Maior resolução dos serviços; • Novas funções e áreas de competência; • Exigência de maior qualidade e produtividade; • Mudanças na organização do trabalho e conformação de equipes; • Ênfase no desempenho e sua avaliação; • Modificações nos sistemas de incentivo; • Regulação dos processos de desenvolvimento de recursos humanos.

Fonte: Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, OPS (1999). Adaptado de Quintana *et al* (2002: 192)

As reformas dos sistemas públicos dos vários países da América Latina têm contribuído para modificar de forma significativa as condições e relações de trabalho no interior dos setores de saúde[26]. De acordo com Brito *et al* (2001: 02):

> En América Latina, el origen de los procesos de reforma del sector de la salud se há derivado, en unos casos, de procesos de reforma del Estado o de la Constitución, em otros, de meras consideraciones financieras, y en algunos otros, de ambas. Ha sido escasa la participación de los ministerios o del sector de salud en su diseño, con o sin comisiones nacionales de reforma.

Para Brito *et al* (2001: 10), há por trás dos processos de reforma do Estado uma nítida tendência à elevação da flexibilidade no mercado de trabalho, o que se traduziu, na maior parte dos países em que se introduziram tais medidas, na precariedade das formas de contratação e vinculação institucional:

> La tendencia a que las reformas de la administración pública tiendan a modificar la condición jurídica de los empleados se ha observado en países como Austria (los de la salud pasan a regirse por la legislación general del trabajo), Brasil, Suiza, Italia y en países anteriormente de economía centralmente planificada de Europa central y oriental, introduciendo mayor flexibilidad. En los casos en que no se ha revisado esa condición jurídica, con frecuencia han afectado sus condiciones de contratación, inspirándose en los métodos de gestión del sector privado: descentralización, subcontratación y privatización. En los ejemplos de privatización, descentralización y subcontratación, varios son del sector salud, indicando que es uno en los que se inician o aplican más extensamente las reformas.

[26] As principais modificações encontradas e suas implicações sobre o trabalho do pessoal ocupado no setor de saúde estão sistematizadas no quadro 4.

Em países da América Latina (inclusive no sistema de saúde brasileiro, como será visto mais adiante) e outros em "via de desenvolvimento", passou-se a privilegiar a atenção básica em detrimento do atendimento hospitalar, trazendo impactos, inclusive, na conformação das equipes de saúde, como se pode depreender do trecho abaixo:

> En lo referente a la **prestación de servicios** se constata que en la mayoría de los países en vías de desarrollo están redefiniendo el modelo de prestación de atención de salud de los servicios del sector público, en particular para la red ambulatoria de dispensarios y centros de salud. Esto se asocia comúnmente con la elaboración de programas especiales para grupos vulnerables. Sin embargo, poco se ha hecho en lo que se refiere a mejoras en el sistema de reenvío a los niveles de atención secundaria y terciaria. Ese cambio del modelo de atención, en especial del nivel básico, ha generado demandas de nuevas competencias para el personal que enfatizan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, énfasis en el desarrollo de perfiles de tipo generalista para los profesionales y conformación de equipos de atención efectivos (BRITO *et al*, 2001: 05).

Na origem desta questão da escolha do modelo de prestação de serviços de saúde está o simples fato de que, ao determinar a estrutura dos serviços, se está também atuando sobre os **custos globais do sistema**. Dito de outra maneira, a adoção de um modelo pautado em ações preventivas pode contribuir para a redução dos custos, ao permitir que se demande cada vez menos serviços hospitalares, caracterizados pelo maior volume de tecnologia incorporada ao atendimento (DEDECCA *et al*, 2005b: 11-12).

Mas, se por um lado os atendimentos realizados por equipes especializadas na prevenção de doenças – como o Programa de Saúde da Família, existente no Brasil – ou em nível básico – nos postos de saúde – podem reduzir os custos do sistema como um todo, por atenuarem a demanda por serviços de maior complexidade, eles acabam reforçando, por outro lado, a necessidade e a centralidade do trabalho nas atividades do setor[27] (DEDECCA *et al*, 2005b: 11-12).

> Portanto, a ampliação dos serviços de atendimento à saúde tende a gerar um incremento ponderável do número de ocupados no setor. Ao contrário do argumentado muitas vezes pelo pensamento conservador e difundido pela imprensa, a tendência de crescimento da ocupação no setor é inevitável. Ele não decorre de uma decisão administrativa, mas das características da atividade setorial que tem no trabalho a centralidade de sua organização (DEDECCA *et al*, 2005b: 11-12).

A capacidade de poupança de trabalho no setor de saúde é diminuta, conforme ressaltam Dedecca *et al* (2005b: 13), e é presente apenas em alguns segmentos de caráter complementar (como as áreas de diagnóstico e terapia), em que as formas de organização da atividade permitem uma certa substituição do fator trabalho. "É o caso da produção de fármacos em larga escala, onde prepondera um processo produtivo altamente automatizado e sem a intervenção direta do trabalho". Outros exemplos pontuais podem ainda ser citados, como "a realização dos exames de sangue, em razão da introdução de equipamentos automatizados que permitem tratar concomitantemente um número grande de amostras".

---

[27] "Por outro lado, a qualidade da política e seus efeitos sobre o bem estar da população, favorecem a elevação da expectativa de vida, ampliando o período de demanda e gerando novas necessidades de serviços. Pressiona-se, deste modo, a política em favor de novas ações, reforçando a tendência natural de elevação do nível de ocupação" (DEDECCA *et al*, 2005b: 11-12).

> Porém, esta realidade não se reproduz nas ações de saúde, independentemente do tipo de unidade de atendimento. Nos hospitais, nos postos de saúdes, nas clínicas, no atendimento preventivo e mesmo nos laboratórios, é elevada a demanda de trabalho na execução da atividade fim. É possível poupar equipamentos ao se investir nas ações de medicina preventiva. Porém, esta diretriz não permitirá poupança de trabalho. Ao contrário, ela tende a gerar maior volume de postos de trabalho (DEDECCA *et al*, 2005b: 13).

No que tange aos impactos das reformas dos setores de saúde sobre as relações de trabalho, independentemente do tipo de reforma introduzida, a tendência geral é que eles sejam predominantemente negativos, "tanto en materia de modalidades de contratación como de mayor precariedad laboral, y un consecuente aumento de la segmentación, así como en incremento en la intensidad de trabajo" (BACH *apud* BARALDI, 2005: 10). Resta entender como se deu este processo no Brasil, avaliando inicialmente as características da Constituição Federal implementada em 1988, os contornos da Reforma do Estado brasileiro e a própria constituição do Sistema Único de Saúde.

Na contra-mão do processo: a CF-1988 e o Sistema Único de Saúde

No que se refere ao sistema de seguridade social brasileiro, é verdade que a ótica funcional das áreas, privilegiada pela Constituição Federal de 1988 (CF-88), não possibilitou a composição de um aparato de segurança social. Por outro lado, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – não há como negar – foi um avanço sensível no que se refere à provisão de uma gama de serviços de saúde para o conjunto da população brasileira. Entretanto, ao longo de toda a sua existência, o Sistema Único de Saúde e seus princípios norteadores têm sido colocados na berlinda.

A Constituição Federal de 1988 (CF-88) veio na contra-mão das novas tendências, tanto no que se refere ao ambiente político que se estabelecia, sob a sombra do mal falado "neoliberalismo", quanto ao quadro econômico absolutamente desfavorável que se impunha. A despeito de economicamente ter sido conhecida como a "década perdida", promoveu-se uma significativa tentativa de resgate da dívida social, com sensíveis mudanças no sistema tributário e avanços do ponto de vista humanista, formando-se um "embrião" do sistema de bem-estar social brasileiro. Não obstante, a CF-88 trouxe problemas no que se refere à política fiscal, a União perdeu arrecadação para Estados e Municípios, e esses últimos ganharam um *status* de membros da federação, de forma semelhante aos Estados[28].

No entanto, a década de 1990 no Brasil foi marcada pela implementação de uma contra-reforma conservadora de cunho neoliberal, que visou, dentre outras coisas, obstruir a consolidação dos novos direitos formalmente assegurados pela Constituição de 1988. A repercussão para o rumo da política social no país foi significativa. A descentralização das políticas sociais foi realizada através do "desmonte" do aparato burocrático vigente, no mais das vezes, sem a devida articulação do Governo Central, e o desenho dessa nova agenda política apontou para um distanciamento das concepções universalistas e equânimes de direitos sociais, acentuando-se a seletividade, em programas de cunho assistencial dirigidos aos grupos "mais carentes" (SILVA *et al*, 2004).

[28] Ademais, as modificações introduzidas com a Constituição de 1988 criaram novas institucionalidades, sobretudo na esfera local. Havia o compromisso de restabelecer a Federação, aumentando o poder político e tributário das entidades subnacionais, e consolidando a democracia através do empoderamento (*empowerment*) das comunidades locais nos processos decisórios (SOUZA, 2004: 27). Contudo, como se verá a seguir, a gestão dos recursos humanos em saúde foi dificultada em função dos impedimentos de ordem legal e financeira.

Desde fins da década de 1990, essa estratégia de ataque à presença do Estado adquiriu ainda maior densidade, revigorando e imprimindo velocidade a um novo ciclo de reformas do sistema de proteção social brasileiro. Essas reformas pretendem, definitivamente, a desmontagem da insuficiente estrutura de Estado de Bem Estar Social que o país ainda dispõe[29] (SILVA *et al*, 2004).

No Brasil, o principal marco para a política de saúde foi a Constituição Federal de 1998, que, a despeito das várias correntes existentes, baseou-se nas idéias do Movimento Sanitário, liderado por nomes como Hésio Cordeiro, David Capistrano e Sérgio Arouca. Concebeu-se, nesse momento, um sistema que adotava como princípios básicos a universalidade dos serviços, a integralidade – rompendo com a lógica da compartimentalização do atendimento e privilegiando o surgimento de equipes multidisciplinares – e a eqüidade no acesso, e que tinha um caráter essencialmente preventivo (em substituição às práticas meramente curativas), e organizado a partir dos princípios da descentralização, hierarquização e regionalização do atendimento, sempre com vistas ao aumento da resolutividade. O cenário idealizado na Constituição de 1988 vislumbrava uma ação do Estado coerente com a garantia do direito dos trabalhadores, dentre as quais, o próprio direito à vida, determinando um ambiente em que houvesse geração de emprego e renda na economia, através do poder indutor do setor de saúde[30].

Contudo, desde a vigência das Disposições Transitórias da Constituição de 1988 o Sistema Único de Saúde é atacado nos mais diversos *fronts*, principalmente no que diz respeito aos seus mecanismos de financiamento, e até em questões semânticas a respeito do conceito de "**saúde**" e da intenção dos legisladores, o que demonstra o quanto é frágil o "consenso" sobre o entendimento de que a saúde deve ser universal, um dever do Estado e um direito do cidadão (MARQUES e MENDES, 2001; MENDES, 2004).

Uma das razões para os freqüentes ataques às bases da nova política de saúde é a crescente atuação na arena política de pessoas e grupos representantes dos interesses de uma '**burguesia da saúde**', claramente opostos aos interesses da maior parte da população beneficiária dos serviços de saúde.

> A 'burguesia da saúde' pode ser caracterizada, quanto à sua composição, por proprietários de empresas, grandes hospitais e clínicas médicas privadas; grupos ligados aos serviços médicos destinados às empresas; grandes indústrias de equipamentos médicos, nacionais e internacionais; empresas multinacionais de produtos farmacêuticos; e, finalmente, grandes médicos liberais, defensores de uma ideologia privatista (LUZ, 1997: 145).

É evidente que uma das características mais marcantes do setor de saúde – a exemplo do setor de educação –, é a maior politização e participação dos seus atores na arena política. Talvez, por isso mesmo, sejam mais difíceis e conflituosas as tentativas de atacar as bases do sistema de saúde brasileiro.

---

[29] É sempre bom lembrar que a luta pela construção no Brasil de um Estado regulado à semelhança do modelo social-democrata europeu foi sendo paulatinamente conquistada através do embate político-ideológico levado a cabo pelas forças progressistas deste país no bojo da luta pela redemocratização (SILVA *et al*, 2004).

[30] Conforme é apresentado na figura 1.1, em anexo. A figura 1.2, por sua vez, mostra como ocorreu uma verdadeira obstrução desse cenário projetado e defendido.

Ainda assim, no caso da saúde, a partir da década de 1990 se pôde ver o aprofundamento de uma lógica cruel: ao mesmo tempo em que aumentam as atribuições de Estados e Municípios, e as necessidades da população, o orçamento vai diminuindo em termos reais *per capita*. A descentralização trouxe consigo um conjunto de atribuições que não vem sendo acompanhado de elevações sistemáticas e expressivas nas transferências governamentais, ao mesmo tempo em que se colocam dificuldades à gestão, através da Lei de Responsabilidade Fiscal e da crescente "necessidade" de obter superávits primários. Acerca desse processo, Nilson do Rosário Costa dá uma pista:

> Um dos pontos críticos da experiência da descentralização é que ela foi implementada sob baixa contratualização e sem uma agenda de reforma organizacional. Essas fragilidades têm sido particularmente agravadas diante das demandas crescentes de ampliação das condições de financiamento, custeio e reposição da força de trabalho no SUS. A Emenda Constitucional 29 definiu parâmetros gerais de compromisso dos entes federativos com despesas próprias com saúde, porém não contemplou a co-responsabilidade na federação relacionada ao financiamento de unidades repassadas pela descentralização. A atenção à saúde tende a gerar uma curva ascendente de despesas por força da mudança no perfil de demanda, inovação tecnológica e nas preferências dos profissionais e pacientes por novos serviços e procedimentos (COSTA, 2005: 02).

Como já adiantou Costa (2005), a partir desses embates políticos foram promovidas vinculações de recursos para a saúde e a educação, o que talvez seja a única forma de se fazer política social no Brasil. Mas, agindo no sentido oposto, na prática foram efetivadas vinculações do orçamento ao pagamento da dívida pública, "amarrando" o orçamento da União e tirando recursos de outras rubricas, principalmente as de caráter social e de investimentos em infra-estrutura. E mesmo as vinculações "positivas" do orçamento foram contornadas, re-centralizando os recursos através da Desvinculação das Receitas da União – DRU[31].

Na verdade, isso significou um novo aporte de recursos para o Governo Federal da ordem de 20% das receitas vinculadas ao financiamento das políticas sociais. Outro aspecto importante a ser destacado é que houve um aumento brutal na carga tributária durante os últimos anos, em que se destaca, nesse processo, a diversificação das fontes de receita em direção às "contribuições sociais", que incidem sobre o faturamento e o lucro das empresas, recursos esses não repassados pelo governo central aos estados e municípios (DAIN, 2001; FAGNANI, 1997).

Os interesses do setor privado, associados à crise financeira do Estado brasileiro e às políticas "neoliberais" implantadas a partir de 1990, fizeram com que a universalização do acesso à saúde em todos os níveis de complexidade não ocorresse de forma satisfatória. Ao desvalorizar o serviço público e defender a eficácia do setor privado, a lógica de mercado legitimou a desigualdade no acesso à saúde, e aconteceu uma "explosão" de empresas de medicina de grupo no Brasil e demais modalidades do sistema de saúde suplementar (SILVA, 2003).

Pode-se arriscar dizer que existe uma certa hegemonia do setor privado na prestação de determinados serviços de saúde no país. Os postos de saúde, consideradas estruturas

[31] Ao longo da década de 1990, a DRU atendeu por outros nomes, como "Fundo Social de Emergência - FSE" e "Fundo de Estabilização Fiscal - FEF", mas todos eles funcionavam da mesma forma, como um eficiente mecanismo de desvinculação de receitas.

primárias, de baixa complexidade, estão, em grande parte, sob o controle da esfera municipal. As estruturas de alta complexidade[32] – que exigem maiores investimentos e que são mais lucrativas – mantêm-se, em sua maioria, sob controle do setor privado (BOLAÑO e SILVA, 2005). Nesse sentido:

> A presença do setor privado na venda de serviços ao SUS resultou numa dinâmica ainda mais perversa por parte de diversos estados. Tendo em vista que o setor privado poderia oferecer os serviços e diversas prefeituras assumiam o desafio de ampliar a capacidade própria de atendimento em saúde, os estados reduziram seu papel, abdicando de funções que a estrutura do sistema lhes reservava. As ações de média e alta complexidade tiveram comportamento ímpar. O grande interesse pela rentabilidade e possibilidade de arbitragem de clientelas pelas entidades privadas, entre a prestação de serviços ao SUS, aos planos de saúde e mediante pagamento, acabaram fazendo o Estado abdicar dessas ações a deixar o caminho livre para as entidades privadas com fins lucrativos e as entidades filantrópicas, nas quais o lucro também foi um objetivo em vários casos, em que grupos privados exploravam os equipamentos (BIASOTO JR., 2002: 79).

Alguns trabalhos, como o de Ligia Bahia (2005) e Solon Magalhães Vianna (2005), chegam a mostrar como houve uma diminuição relativa da importância do Sistema Único de Saúde na provisão de serviços de saúde de alta complexidade, ao mesmo tempo em que acontece um avanço significativo do setor privado na oferta de Equipamentos de Alta Complexidade (ver tabela 4).

De forma aparentemente paradoxal, mas essencialmente em conformidade com a lógica capitalista, o SUS continua sendo o maior prestador de serviços mais caros e utilizados com menor freqüência (ver tabela 5), o que acontece basicamente porque: a) Há uma ausência de inúmeros procedimentos de alto custo do *menu* dos planos de saúde; b) O custo de alguns serviços (como transplantes, hemodiálise, medicamentos caros de dispensação em caráter excepcional) os tornam inacessíveis – fora do SUS – à quase totalidade da população; c) Existe uma percepção do usuário quanto à melhor qualidade dos serviços do SUS de mais densidade tecnológica em comparação aos demais (VIANNA, 2005: 146).

Ademais, sobre essa clara supremacia da despesa ambulatorial em relação a hospitalar, pode-se dizer ainda que existe um significativo *déficit* de equipamentos de ponta na maior parte dos estados brasileiros, contrastando com o excesso destes em alguns poucos estados, indicando a importância de políticas para desconcentração dessa oferta, que acaba se traduzindo em dificuldades de acesso a terapias e diagnósticos de maior conteúdo tecnológico por uma ampla camada da população (VIANNA, 2005).

Esse novo padrão de intervenção do Estado brasileiro, observado a partir da década de 1990, trouxe consigo "inovações" expressivas na conformação do setor de saúde que redefiniram as articulações entre as diversas modalidades de prestação de serviços de saúde, tanto públicas quanto privadas. As alterações promovidas na regulação do setor de saúde e nas bases do seu financiamento modificaram o sistema de saúde brasileiro de forma a ampliar os seus

[32] Os procedimentos de alta complexidade têm três atributos que os distinguem dos procedimentos de média complexidade e os realizados na atenção básica: a) **alta densidade tecnológica e/ou exigência de *expertise* e habilidades especiais**, o que se traduz em demanda por equipes multiprofissionais, assim como habilidades diferenciadas e em geral pouco encontradas; b) **baixa freqüência** relativamente aos demais procedimentos; c) **alto custo unitário e/ ou do tratamento**, em função da tecnologia utilizada ou da duração do tratamento (VIANNA, 2005).

componentes e complexificar as suas relações (NOGUEIRA, 2002). O quadro 5 é representativo desse novo *mix* entre público e privado.

Tabela 4
Estimativa de despesas por tipo de assistência e natureza jurídica da rede assistencial responsável pela cobertura – 2002/2003

Tipo de Despesa	Rede Assistencial		Total	% do total
	Pública	Privada		
Assistência Hospitalar*	4917	20389	25306	22%
%	19%	81%	100%	
Assistência Ambulatorial**	17555	21550	39105	35%
%	45%	55%	100%	
Medicamentos para Pac.Externos***	2271	22481	24752	22%
%	9%	91%	100%	
Outras Despesas	13283	10526	23809	21%
%	56%	44%	100%	
Total	**38026**	**74946**	**112972**	**100%**
%	**34%**	**66%**	**100%**	

Fonte: adaptado de Bahia (2005: 23).
*Considerou-se que 70%, 10% e 100% dos recursos públicos, dos planos privados de saúde e do desembolso direto das famílas são destinados à remuneração dos estabelecimentos privados
** Considerou-se que 100% dos recursos públicos são destinados à remuneração dos estabelecimentos públicos (embora se saiba que parte desse montante é utilizado para a remuneração de estabelecimentos privados como por exemplo os de hemodiálise). Considerou-se ainda que 100% dos recursos dos planos de saúde e do desembolso direto das famílias são destinados à remuneração de estabelecimentos privados
*** Os recursos destinados a rede pública envolvida com assistência farmacêutica estão subestimados em função de terem sido calculados apenas com base nos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos estratégicos e excepcionais.

Tabela 5
Proporção de Equipamentos Disponíveis aos Segmentos da População Cobertos Exclusivamente pela Rede de Serviços do SUS

Equipamento	%
Ressonância Nuclear Magnética	28,2%
Mamográfo	33,7%
Tomográfo	42,0%
Rx de mais de 500 Ma	50,0%
Equipamento para Hemodiálise	79,8%

Fonte: IBGE – Pesquisa Assistência Médico- Sanitária 2002

Percebe-se, a partir do quadro 5, a institucionalização de componentes até então inexistentes ou pouco representativos do sistema de saúde brasileiro. É possível perceber, ademais, as diversas formas de articulação do Estado com essas instituições. Sem dúvida, são reflexos da Reforma Administrativa do Estado, da municipalização do SUS, da expansão de responsabilidades (e conseqüentemente das necessidades de expansão do emprego) e das dificuldades de financiamento. Ganham importância os planos e seguros de saúde (agindo nas lacunas deixadas pelo Estado), as instituições do chamado "terceiro setor" (articuladas diretamente com o setor público na prestação de serviços de saúde), o Programa de Saúde da

Família e os Agentes Comunitários de Saúde, que se autonomizam em sua lógica preventiva e assistencial (NOGUEIRA, 2002).

Quadro 5
Componentes do sistema de saúde e principais formas de participação do Estado

Componente	Agentes	Participação do Estado
Assistência Comunitária à Saúde	Entidades do Terceiro Setor	Subvenções
Assistência profissional à saúde	Profissionais liberais	Regulação pelos conselhos profissionais (para-estatais); incentivo fiscal
Assistência privada à saúde em regime de livre demanda	Clínicas e hospitais privados	Incentivo fiscal
Assistência à saúde em caráter complementar ao SUS	Clínicas e hospitais privados não lucrativos, especialmente os filantrópicos	Convênios e contratos para assistência aos usuários do SUS; incentivo fiscal
Sistema suplementar de assistência à saúde	Entidades mantenedoras de planos e seguros de saúde	Regulação; ressarcimento ao SUS; incentivo fiscal
Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família	Secretarias de Saúde	Planejamento, financiamento e gestão
Assistência ambulatorial e hospitalar do SUS	Secretarias de Saúde	Planejamento, financiamento e gestão

Fonte: Nogueira (2002).

Ao fazer um balanço sobre a situação atual do sistema público de saúde do Brasil, Sílvio Silva (2005: 19) aponta como dificuldades do SUS a falta de governabilidade e "governança" das administrações municipais no que se refere à prestação dos serviços de saúde. Além da capacidade de gasto dos municípios ser pequena – por conta justamente da forma de repartição da receita tributária entre as esferas administrativas, que destinam apenas 13% dos recursos aos municípios –, existem constrangimentos de ordem financeira e legal. Por um lado, o financiamento dos órgãos municipais de saúde é insuficiente para a expansão dos serviços, e até mesmo para atender a crescente demanda. Por outro, na gestão dos recursos humanos, impõe-se entraves à reposição dos trabalhadores, por absoluta falta de recursos ou ausência de instrumentos legais que possibilitem a contratação de novos servidores.

Portanto, como fica bem claro na exposição de Nogueira (1999: 444), a dinâmica político-administrativa da gestão do Sistema Único de Saúde está sendo estruturalmente afetada por uma gama de fatores contextuais, tais como:

> •as medidas de controle das contas públicas decorrentes das políticas de estabilização econômica do governo federal;
> •os reflexos das reformas administrativa e previdenciária sobre vínculos, remuneração e direitos dos que trabalham no setor público;
> •a redistribuição de encargos e recursos entre as três esferas de governo que será conseqüência da reforma tributária;

> •finalmente, mas não menos importante, as características de autonomia administrativo-financeira associadas à condição de "gestão plena" do SUS, definidas pela NOB 96[33].

Hoje, pelo menos duas questões são fundamentais na discussão sobre a política de saúde brasileira, e estão na origem dos problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: a) O desafio da normatização da Emenda Constitucional 29, que vincula uma parcela do orçamento de cada esfera administrativa para gastos em saúde; b) Os problemas de financiamento advindos da política econômica atual, que prioriza a geração de elevados *superávits* primários, e quem sabe em um futuro próximo, também em busca de um *déficit* nominal zero, às custas da desvinculação de receitas em favor da União numa proporção ainda maior. Acredita-se, então, que existem problemas estruturais, agravados ainda mais com a política econômica em vigor, que deveriam ser considerados no tratamento do tema, como a trajetória de baixo crescimento da economia brasileira, a regressividade do sistema tributário, a desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho e os interesses do setor privado.

Assim, devem ser consideradas essas características e as novas tendências dos sistemas de saúde na atualidade, com o intuito de identificar quais os atores envolvidos no processo de prestação de serviços de saúde e os interesses dos diversos grupos (econômicos, políticos e profissionais), que acabam por influenciar a velocidade com que são produzidas e introduzidas as novas tecnologias, o grau de penetração do setor privado, o desenvolvimento – e as principais características – do mercado de trabalho, e a acessibilidade dos serviços por parte da população.

O capítulo a seguir traz, inicialmente, um esforço de sistematização dos principais impactos trazidos por estes fatores históricos, apresentados até o momento, sobre o mercado de trabalho em saúde no período que vai até o final da década de 1980, acrescentando novos elementos necessários à discussão acerca do processo de estruturação desse mercado, como alguns aspectos da regulação e da regulamentação do trabalho em saúde, bem como a apresentação do comportamento de algumas variáveis importantes, como o quantitativo de trabalhadores diretamente ligados ao setor de saúde, o processo de feminilização do setor e as modificações nos níveis de escolaridade. Em seguida, amplia-se a noção de mercado de trabalho em saúde, apresentando estudos recentes que mostram a real dimensão ocupacional do setor de saúde brasileiro, que o torna um importante gerador de emprego e renda, assim como um mecanismo de estímulo à atividade econômica.

[33] As Normas Operacionais Básicas de 1991, 1993 e 1996 foram portarias ministeriais que deram os parâmetros essenciais para o processo de descentralização dos serviços de saúde. No entanto, a NOB 96 foi a primeira que efetivamente levou o processo de descentralização à gestão dos sistemas de saúde municipais (BIASOTO JR., 2002: 78).

CAPÍTULO 2

O MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL

A esta altura, convém diferenciar, ainda que em linhas gerais, os diversos termos que se convencionou utilizar no tratamento do tema "trabalho" no âmbito das pesquisas sobre o setor de saúde. A literatura especializada tem tratado a questão sob ângulos diferenciados, e é recorrente o uso de termos como "Pessoal de Saúde", "Recursos Humanos em Saúde" e "Força de Trabalho em Saúde", com suas variações, como a adotada neste trabalho, em que o "Mercado de Trabalho em Saúde" é a própria dinâmica da força de trabalho empregada no setor, considerando seus aspectos de inserção e absorção, bem como suas condições de uso e as relações entre capital e trabalho.

A noção implícita no termo "Recursos Humanos em Saúde" – característica dos estudos funcionalistas que tem origem nos contextos pragmáticos de gestão – é a da existência de algum tipo de função gerencial ou de planejamento, tanto no âmbito micro-institucional quanto macro-institucional, com a finalidade precípua de intervir em determinadas situações, aprimorando ou administrando essa capacidade de trabalho (NOGUEIRA *apud* SALIM, 1992: 07; NOGUEIRA, 2002: 257).

Já a idéia contida na expressão "Pessoal de Saúde" aponta para um subconjunto de trabalhadores de saúde que trabalha exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde e que possuem formação ou capacitação específicas, reconhecidas juridicamente (MEDICI *apud* SALIM, 1992: 08). Por sua vez, "Força de Trabalho em Saúde" é um termo consagrado pela economia política e que é simultaneamente analítico e descritivo do processo de conhecimento de fenômenos macroeconômicos e demográficos. A principal preocupação dos estudos que se utilizam deste conceito é analisar a relação entre emprego e desemprego, níveis de renda, divisão do trabalho, relações de assalariamento, sempre em uma perspectiva histórica (NOGUEIRA *apud* SALIM, 1992: 08).

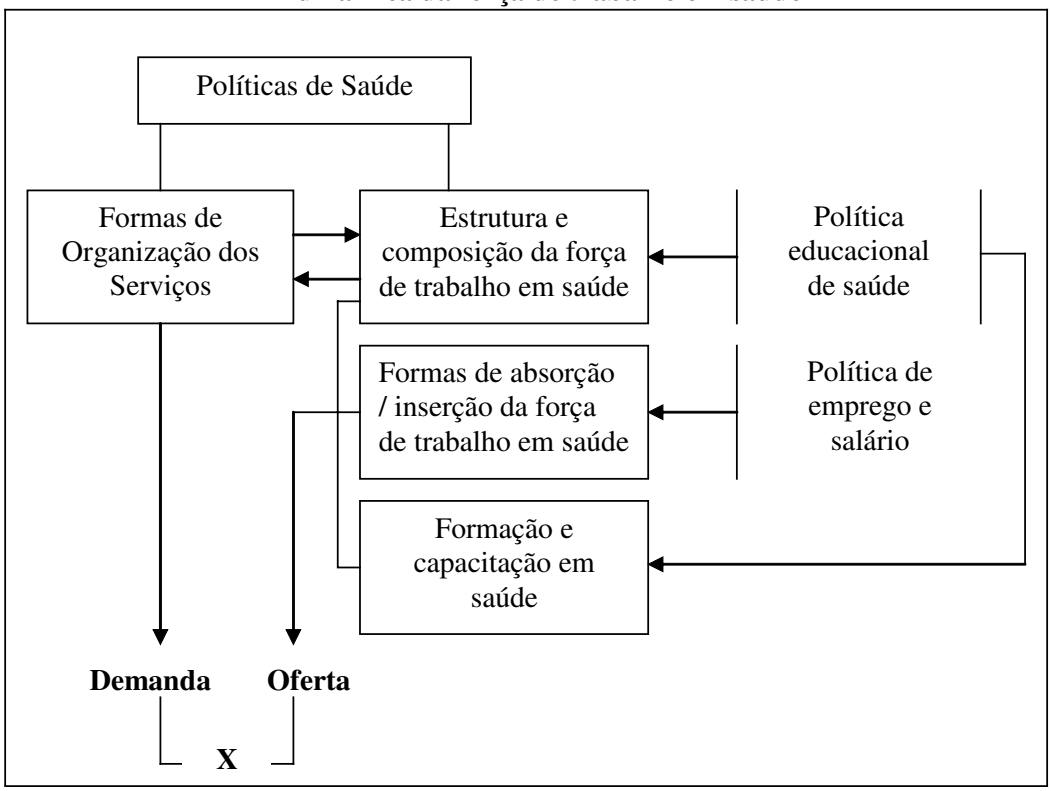
> Falar de força de trabalho em saúde significa introduzir um ponto de vista analítico que associa as pessoas ocupadas com funções de saúde com as ocupadas em outras atividades e setores da economia e, portanto, autoriza a entendê-las coletivamente como constituindo uma força de trabalho específica, parte da população economicamente ativa (PEA). O recorte interpretativo vinculado à noção de trabalho em saúde remete a elementos conceituais peculiares à economia política (mercado de trabalho, relações de trabalho, trabalho formal, trabalhador assalariado, etc.) e admite uma descrição desse conjunto de trabalhadores de um ponto de vista demográfico-social e por variáveis específicas do setor saúde, tais como condição de autonomia/assalariamento, distribuição nos setores público e privado, tipos de empregadores privados, grau de descentralização no âmbito do SUS, e assim por diante (NOGUEIRA, 2002: 257-258).

A noção de Força de Trabalho em Saúde é, portanto, bem mais ampla do que as demais – permitindo a realização de estudos sobre a dinâmica das relações sociais –, e não se presta ao mascaramento das relações de exploração dessa força de trabalho, assim como também não disfarça as contradições inerentes à acumulação capitalista – presentes do mesmo modo, ou até mesmo acentuadas, no setor de saúde (SALIM, 1992: 10-11).

2.1 – Notas sobre os processos de estruturação e regulamentação do mercado de trabalho em saúde no Brasil

A dinâmica do mercado de trabalho em saúde – ou da força de trabalho em saúde, como se prefere entender a questão –, é a própria expressão das políticas de saúde, sendo influenciada, como mostra o quadro 6, pelas relações que se estabelecem entre a estrutura e a composição da força de trabalho e suas diversas formas de absorção/inserção. Em outras palavras, poder-se-ia dizer que o trabalho no setor de saúde tem uma interdependência expressiva com a dinâmica do mercado de trabalho em geral, com as políticas governamentais e de emprego (SALIM, 1992: 18-20).

Quadro 6
Modelo teórico das relações entre políticas de saúde, organização dos serviços e dinâmica da força de trabalho em saúde



Fonte: Adaptado de Hornry *et al apud* Salim (1992: 20).

No caso brasileiro, pode-se dizer que os mercados de trabalho em saúde dos setores público, empresarial e privado sem fins lucrativos têm reações diferenciadas frente à política de descentralização dos serviços de saúde, ao Programa de Saúde da Família, ao processo de regulamentação dos planos e seguros de saúde, às políticas tributárias e fiscais, às políticas de emprego e salários, às políticas educacionais e de acordo com o grau de autonomia e capacidade de ação discricionária (GIRARDI *et al*, 2004).

O objetivo dessa seção é apresentar alguns movimentos de estruturação do mercado de trabalho em saúde no decorrer do século XX, enfatizando o período compreendido entre as décadas de 1930 e 1990, em que ocorre de forma mais visível o crescimento e a regulamentação das ocupações ligadas a atividades do macro-setor saúde. Nesse sentido, analisa-se a regulação do trabalho no âmbito do setor de saúde, as modalidades de vinculação institucional predominantes, a evolução (ou involução) da medicina liberal, montando um quadro que servirá como parâmetro para a análise das novas formas de organização e relações de trabalho que se estabelecem ao longo da década de 1990, umbilicalmente relacionadas às mudanças verificadas no sistema de saúde brasileiro.

2.1.1 - Regulação do trabalho em saúde

Grosso modo, a teoria da regulação, quando aplicada à questão dos recursos humanos em saúde, trata dos determinantes da estrutura ocupacional do setor de saúde – paradigmas educacionais e os modelos assistenciais – e da interação entre os quatro atores fundamentais do sistema de saúde: o Estado, as corporações de trabalhadores, as empresas que utilizam a força de trabalho, quer sejam elas públicas ou privadas, e o sistema educacional (SANTANA, 1994: 05).

> Didaticamente, poder-se-ia considerar a existência dos seguintes níveis de regulação: legal (pelas leis), econômico (pelo mercado e financiamento estatal), político (pelas diretrizes políticas e pela coordenação estatal), técnico (pelos programas e normas). Esses níveis de regulação seriam exercidos tanto pelos diferentes níveis de governo como pelos diversos atores envolvidos, implicando num maior ou menor grau de conflito entre os grupos que conformam cada ator e entre os distintos atores (SANTANA, 1994: 08).

Ao analisar os aspectos relativos à regulação do trabalho em saúde, e tendo em mente as diferentes formas que os sistemas de saúde adquiriram ao longo dos diversos modos de regulação, Médici (1994: 34), ressalta algumas questões que apontam peculiaridades desse ramo de atividade, quais sejam:

> a) a saúde tem sido, desde a Antigüidade, moeda de troca econômica, haja vista que boa parte da medicina esteve voltada para os segmentos que podiam pagar pela cura e pela longevidade;
> b) a saúde, desde a idade média, foi objeto de poder político de corporações e do domínio de instituições, como o hospital;
> c) a saúde tem sido um dos mais vigorosos campos de aplicação do conhecimento científico e tecnológico, fato que se acelera na modernidade, especialmente no fordismo e na regulação flexível;
> d) a saúde, dados o caráter corporativo de sua organização profissional, sua crescente fragmentação e o esfacelamento de seu campo científico e semântico, tem sido um dos espaços onde a questão da flexibilidade mais tem avançado, tanto em formas de organização empresarial e mercantil como em termos da organização do trabalho e de reprodução ideológica de distintas correntes de pensamento.

A partir dessas características da saúde, e adotando uma perspectiva histórica, pode-se ter uma noção mais clara dos fenômenos que têm ocorrido com a regulação do trabalho nesse setor. A regulação "antiga" – tanto das instituições de saúde quanto do trabalho – estava baseada em medidas coletivas de higiene e prevenção, na medicina liberal e no assistencialismo. Em seguida, com a regulação taylorista, surgem novas formas de organização do trabalho no setor de saúde, que ganharam espaço no âmbito estatal, privado e mesmo nas corporações sindicais.

A forma predominante de organização dos serviços, nesse período, esteve associada ao sistema previdenciário. Durante o "previdencialismo", a organização do trabalho em saúde assumiu diversas formas: ao mesmo tempo em que sobrevivia o exercício liberal da profissão médica, multiplicavam-se as oportunidades de inserção desses profissionais em instituições ligadas às estruturas previdenciárias e também nos hospitais. O trabalho formal – assalariado - cresceu significativamente, assim como as estruturas de proteção social (MÉDICI, 1994: 34-36).

Com a regulação do tipo fordista, criam-se novas formas de organização dos sistemas de saúde, que caminham na direção do universalismo, com sistemas financiados basicamente pelo Estado (de forma absoluta, como nos países europeus, ou residual, como nos Estados Unidos). Mas esses sistemas, pelos motivos já assinalados no capítulo 1, entraram em crise, dando lugar a um tipo de regulação dita "flexível", cujas principais diretrizes foram: a redução da ação do Estado com a prestação e financiamento dos serviços de saúde; descentralização do atendimento, do controle e da fiscalização dos serviços de saúde; autonomização do processo de gestão pública dos estabelecimentos de saúde; estabelecimento de tetos de cobertura (MÉDICI, 1994: 36-39).

No Brasil, os impedimentos de ordem estrutural – como já foi assinalado no primeiro capítulo – limitaram as políticas ligadas às estruturas previdenciárias ao segmento formal do mercado de trabalho, e a universalização pretendida para as políticas de saúde ficou apenas no plano das idéias. Esse quadro fica ainda mais complexo quando é analisada a regulação do trabalho a partir da década do final da década de 1960.

O INAMPS, criado em 1967, que unificava os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), foi uma tentativa de elevar a cobertura da assistência médica no Brasil, que na prática somente conseguiu estender seus serviços ao mercado formal de trabalho. Durante esse período, os salários pagos pelo INAMPS aos médicos eram significativamente altos, condizentes com ocupações de dedicação exclusiva. Entretanto, a relativa insuficiência de médicos acarretou uma elevação da oferta de instituições de formação médica, um aquecimento do mercado de trabalho médico durante a década de 1970 e uma elevação dos salários médios desses profissionais (MÉDICI, 1994: 43-44).

O credenciamento dos profissionais da área médica ao INAMPS era praticamente livre, e existiam, ainda, estratégias de co-pagamento dos serviços, o que na prática significou um tratamento diferenciado aos pacientes de acordo com o nível de renda. Ademais, o assalariamento, apesar de crescente, não era pleno, e a regulação do trabalho era basicamente realizada pela classe médica que, dominada pela ideologia liberal, organizava o sistema de saúde brasileiro. Mas é importante notar que, nesse contexto, vale a observação de Donnangelo (1975: 79) sobre a tendência gradativa de eliminação do modelo artesanal da prática médica:

> (...) através da crescente separação entre o produtor direto e uma significativa parcela de seus meios de produção, com a correspondente substituição da troca direta entre produtor e consumidor pela venda da força de trabalho no âmbito de um sistema de produção estatal ou privado de serviços de saúde.

Aliás, vale ressaltar a importância dos trabalhos de Cristina Possas (1981) e de Maria Cecília Donnangelo (1975), que contribuíram decisivamente para uma análise sob a perspectiva da economia política do período marcado pela expansão da assistência médica no Brasil, que foi

apoiada fundamentalmente no estímulo à produção privada dado por parte do Estado através das instituições previdenciárias.

Esse sistema contratado pela Previdência Social estava estruturado, basicamente, através dos convênios e do credenciamento. No credenciamento, realizado através da contratação de casas de saúde e hospitais privados, o pagamento era efetuado por unidade de serviço (US), o que induzia a distorções, por estimular a elevação do número de intervenções realizadas (de preferência as de maior valor). A exceção à regra de pagamento fica por conta dos convênios com casas de saúde particulares nas áreas de psiquiatria e tisiologia, em que se tinham "contratos globais" cujo pagamento era feito por diárias. No caso dos convênios, realizados com empresas comerciais e industriais, contratavam-se empresas médicas de grupo e cooperativas médicas, pagas através do "sistema de capitação pré-pago", o que estimulava a diminuição progressiva do custo unitário por procedimento realizado. (POSSAS, 1981: 253-259; 267).

Essa transferência da prestação de serviços de assistência médica para a "medicina de grupo" promoveu a concentração dos meios de produção, que resultou do controle da clientela e da captação, em última instância, dos recursos financeiros liberados pela Previdência Social.

> Portanto, suas relações com o Estado são *formalmente* indiretas e *efetivamente* caracterizadas pela possibilidade de manipulação, mais marcadamente autônoma, do esquema geral de 'compra dos serviços', subjacente ao padrão de relacionamento Estado-Produtor Privado[34]. A concentração daqueles meios de produção e a maior autonomia para operá-los têm garantido às empresas médicas assim constituídas a adoção de padrões de organização interna que comportam maior grau de 'racionalização' das atividades, consistentes, sobretudo, no controle e contenção de custos, através da padronização do atendimento e do estabelecimento de relações de trabalho mais caracteristicamente capitalistas entre o produtor direto de serviços de saúde e o empresário (DONNANGELO, 1975: 42; grifos no original).

A conjunção de fatores como a expansão da acumulação capitalista no interior do setor de saúde, a incorporação de tecnologia moderna e a crescente concentração de capital, levou ao surgimento e crescimento de um tipo de trabalho coletivo, com uma organização coletiva da produção em que o médico entra como o agente intelectual que coordena uma gama de trabalhos parcializados; em oposição ao modelo anterior: individual, artesanal e com características de trabalho autônomo, que possuía um caráter essencialmente liberal (POSSAS, 1981: 291-292).

Diante deste cenário de ampliação do controle estatal, Cristina Possas (1981) e Maria Cecília Donnangelo (1975) viam como inexorável a tendência de assalariamento médico, de imposição de limitações à liberdade de atuação profissional e de tabelamento e controle dos "preços" do trabalho médico. Mas, como se viu, essa trajetória – capitaneada pelo Estado, mas levada a cabo por uma gama de empresas contratadas – foi interrompida, e os atores principais no novo cenário se alteraram de forma a acentuar a centralização do capital no setor

[34] Donnangelo (1981: 34-35), antes de qualquer afirmação acerca da evolução do mercado de trabalho em saúde e particularmente da condição do médico nesse processo, explicita que a situação destes profissionais é bastante heterogênea no que se refere às possibilidades de controle sobre os meios de produção no setor, pois comporta tanto formas de organização típicas, como o assalariamento, quanto a existência de grupos empresariais liderados ou constituídos por médicos. Ao utilizar a categoria "**produtor privado**", a autora se refere à "parcela de profissionais que conservam, total ou parcialmente, a propriedade ou o controle daqueles meios".

de saúde e a conseqüente perda do controle dos meios de produção, assim como do *status* liberal da profissão médica.

Decerto houve, desde meados da década de 1980, uma diminuição dos repasses para o setor privado contratado, o que, aliado ao sucateamento da rede pública de atenção à saúde, promoveu um forte avanço da medicina supletiva no Brasil, apoiada sobretudo nas classes de renda mais altas. No que se refere especificamente à regulação do trabalho em saúde, houve na verdade uma proliferação de formas de organização do trabalho que contribuíram para a perda da qualidade dos serviços de saúde. Acerca desse fenômeno, Médici (1994: 47) salienta que:

> As crises econômica e fiscal acarretavam constantes perdas salariais para médicos e outros profissionais de saúde no setor público. Estes, dada a ausência de controles, compensavam as perdas salariais com a expansão do multi-emprego, particularmente na assistência médica supletiva privada, que crescia com a crise da qualidade dos serviços do INAMPS.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980, significou a implantação de uma política de universalização da saúde através da descentralização das suas ações, o Estado passa a ser um dos principais empregadores, principalmente no âmbito municipal. Como se pode ver em Tania Santos (2005: 06):

> O mercado de trabalho médico, na sociedade capitalista brasileira, tem sido regulado crescentemente por diversos agentes intermediários entre o profissional e o usuário dos serviços de saúde. Verifica-se atualmente um crescente processo de assalariamento dos profissionais. O próprio Estado constitui-se cada vez mais numa das principais instâncias empregadoras dos profissionais, destacando-se também as empresas médicas privadas, as cooperativas e os sistemas de seguro-saúde.

Sobre esse avanço do setor público como empregador de profissionais de saúde ao longo das últimas décadas, não restam dúvidas. No entanto, o que se mostrará mais adiante é que esses profissionais estão cada vez mais inseridos de forma precária no sistema de saúde brasileiro, através de múltiplas formas de vinculação, cujos direitos formalmente assegurados não estão sendo respeitados.

2.1.2 – Regulamentação do trabalho em saúde

Esta seção tem o objetivo de apresentar alguns aspectos do processo de regulamentação[35] legal do exercício das ocupações e das profissões da área de saúde no Brasil, que definiram os campos de trabalho, os procedimentos e as atividades de exercício restrito. Ademais, serve para mostrar como a delimitação dos campos de atuação dos profissionais de saúde é uma importante forma de definir atribuições de caráter privativo e estabelecer monopólios de técnicas e aplicações.

---

[35] Para isso, vale-se aqui do conceito de regulamentação utilizado no trabalho de Girardi *et al* (2000b: 01): "Em linhas gerais, regulamentações correspondem ao conjunto de diretrizes, padrões, ou procedimentos instituídos pelo governo, pelas comunidades e grupos sociais para conformar o comportamento dos agentes nas diversas atividades econômicas e sociais. Sua vigência e efetividade se amparam na existência de penalidades ou sanções que restringem a prática das atividades regulamentadas aos agentes que se conformam ao conjunto das regras instituídas. Do ponto de vista estratégico, pode-se definir a regulamentação como o processo de produção e implementação dessas regras e sanções pela interação entre governo, comunidade, setores econômicos e grupos ocupacionais".

Como já foi explicitado no capítulo 1, o mercado interno de trabalho em saúde é altamente regulamentado e possui elevada influência do aparato corporativo profissional e do sistema educativo na fixação dos níveis de oferta e do padrão de qualidade dos serviços, o que impõem certas barreiras à entrada de novos profissionais nessa área. Nesse sentido, instituições extramercado, como as universidades e as corporações profissionais atuam na definição da oferta e também dos preços dos serviços dos profissionais da área, assim como "provêem a formação, conferem as credenciais educacionais, registram e validam os títulos profissionais necessários ao exercício" das profissões. Ademais, a regulamentação das profissões de saúde se ampara em instituições e organizações que sustentam "mecanismos de formação e treinamento nas atividades específicas, credibilidade e reconhecimento da sua utilidade social, códigos de ética etc., que as diferenciam do trabalho comum nos mercados de trabalho" (GIRARDI *et al*, 2000: 02).

Essa diferenciação das profissões, concedida por parte do Estado através de regulamentação específica, confere um certo "privilégio" a esses profissionais, que se traduzem em reservas de mercado, *status* diferenciado ou direitos de propriedade ou atuação. Em geral, os argumentos utilizados para justificar essas regulamentações são:

> (i) a idéia de que a atividade envolve habilidades complexas, com elevado teor científico e técnico em geral não acessíveis sem o concurso de sistemas de formação profissional complexos como as universidades; (ii) a idéia de que seu exercício afeta profundamente a saúde pública, a segurança e o bem-estar do público; (iii) a idéia de que a qualidade e os resultados do trabalho dos profissionais não são passíveis de julgamento espontâneo do público leigo (GIRARDI *et al*, 2000: 02).

Em geral, como mostra Goode (*apud* Spink, 1985: 27), o processo de estruturação das distintas categorias profissionais tem elementos em comum, como por exemplo:

a) A criação de cursos de nível universitário;
b) Criação de associações de profissionais (em nível nacional, com capacidade para mobilizar toda a categoria);
c) Capacidade de pressionar politicamente, objetivando a obtenção de legislação específica;
d) Aprovação de código de ética;
e) Monopólio de uma técnica reconhecidamente necessária à sociedade.

E, como nota Mary Spink (1985), a regulamentação pode ser entendida pelo seu objetivo de "proteção ao consumidor" e também como forma de proteção ao "produtor de serviços". A autora chega a afirmar que:

> A regulamentação profissional está associada tanto à percepção da necessidade de fiscalizar o exercício profissional, para controle e proteção da comunidade, quanto à necessidade de garantir uma fatia do mercado de trabalho, pela definição de atribuições privativas e pelo monopólio de certas técnicas e de sua aplicação (SPINK, 1985: 28-30).

No que se refere à regulamentação do trabalho dos profissionais de atenção à saúde como forma de proteção ao consumidor, Dedecca *et al* (2005a: 124-127) lembram que esta decorre basicamente do caráter irreversível do risco inerente aos serviços prestados no âmbito do setor de saúde; o que implica em tentativas de reduzir a exposição dos pacientes a esse risco. Ademais, os autores apontam a regulamentação pública das profissões como fator primordial

na tentativa de conter o processo de mercantilização do setor de saúde[36], assim como a perda de qualificação das profissões.

> A regulamentação decorre do fato do processo produtivo não ter na organização técnica sua referência para a garantia da qualidade. É o processo de trabalho que estabelece esta referência. Portanto, é preciso regular as funções e procedimentos no setor, regulamentando profissões ou mesmo ocupações. A extensão da regulamentação depende da centralidade das profissões ou ocupações no processo de trabalho do setor. Nas ocupações nucleares, a regulamentação se faz sobre as condições para o exercício da profissão e sobre os procedimentos decorrentes das funções de uma ocupação. Nas ocupações afins, a profissão tende ser um requisito formal e a regulamentação recai sobre os procedimentos da ocupação. Enquanto, nas demais ocupações, a regulamentação se faz sobre os procedimentos da ocupação, os quais são estabelecidos através de treinamento específico (DEDECCA *et al*, 2005b: 10).

Fazendo um corte sobre a regulamentação das ocupações de saúde no Brasil, Spink (1985) mostra que os principais períodos de atividade legislativa ocorreram entre 1930 e 1939 e de 1960 a 1968. Se no primeiro momento se pode identificar um ambiente em que havia uma preocupação no sentido de regular as questões sociais, o segundo momento parece indicar uma tentativa de readequação da legislação ao processo de desenvolvimento econômico e de divisão técnica do trabalho. Especificamente no que se refere às profissões do setor de saúde, o surgimento de novas especialidades é mais significativo justamente a partir dos anos 1930, assim como também há uma expressiva diferenciação nas profissões de nível médio.

Por outro lado, Girardi *et al* (2000b) apontam a existência de um grande contingente de ocupações não regulamentadas, formado, em sua grande maioria, por trabalhadores de serviços gerais[37] e de apoio administrativo, assim como uma parcela das ocupações com funções técnicas, tanto em atividades de atenção à saúde quanto nas de apoio diagnóstico e terapêutico.Isso ocorre porque:

> A organização do trabalho na área da saúde expressa uma segmentação expressiva em sua organização. Em suas ocupações nucleares, uma regulação extensa do trabalho é encontrada. Nos trabalhos sobre recursos humanos são focadas estas ocupações. Porém, um outro conjunto representativo de ocupações do setor é objeto de alguma outra forma de regulação específica ou apenas coberta pela forma estabelecida pela regulação pública mais geral. Estas últimas podem ser supridas pelo mercado geral de trabalho, sem maiores restrições ao processo de contratação. Ao contrário, as

[36] "A maior ou menor mercantilização do setor pode, muitas vezes, induzir reduções dos custos incorridos na prestação dos diversos serviços. As regulamentações das profissões e dos procedimentos básicos de organização da atividade buscam conter esse movimento. É por esse motivo que o mercado de trabalho para as profissões do setor saúde não pode ser deixado ao sabor dos mecanismos exclusivos de contratação que caracterizam o mercado de trabalho mais geral. Caso predominem os mecanismos exclusivos de mercado, é provável a ocorrência de perda de qualificação das profissões e de redução dos procedimentos básicos para a realização da atividade" (DEDECCA *et al,* 2005a: 126).

[37] "Sob outras condições se organizam o segmento das demais ocupações, que pode ser considerado como completamente inserido no mercado geral de trabalho. Os motivos que explicam esta incorporação se relacionam às baixas exigências formais existentes no processo de contratação para estes postos de trabalho. Os requerimentos de uma formação educacional prévia são nulos ou gerais. Isto é, dependem, no máximo, das formações propiciadas pelo sistema de ensino fundamental ou médio. Em certas situações, é demandado algum tipo de treinamento, aberto à maioria das pessoas que participam do mercado de trabalho. Por exemplo, o motorista de ambulância ou o segurança de hospital. Nestas ocupações não há características que as possam vincular especificamente ao setor, associando-as ao mercado geral de trabalho" (DEDECCA *et al*, 2005b: 07).

> ocupações nucleares dependem da disponibilidade de trabalho existentes para o segmento ocupacional específico (DEDECCA *et al*, 2005b: 04).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) utilizada por Girardi *et al* (2000), existiam cerca de 40 ocupações na área de saúde. Essas ocupações têm diferentes graus de regulamentação, variáveis em função do reconhecimento e legitimidade da profissão na sociedade.

> Profissões como a de médico, do dentista, do farmacêutico, do enfermeiro, do psicólogo, do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, veterinário, nutricionista, apenas para citar algumas, possuem, formalmente, suas próprias instituições de auto-regulação, os Conselhos de Fiscalização do exercício profissional. Tais profissões, através da instituição de leis específicas, possuem assegurados territórios de prática que se constituem legalmente como campos exclusivos (GIRARDI *et al*, 2000: 07).

É possível observar, a partir do quadro 7, as profissões de nível superior que contam com legislação específica de exercício profissional e também o ano de criação dos seus respectivos conselhos.

Quadro 7
Legislação sobre a regulação do exercício e a criação dos conselhos de profissão

Ocupação	Primeira lei de exercício	Conselhos Federal e Regionais
Medicina	1932	1957(*)
Enfermagem	1955(**)	1973
Farmácia	1932	1960
Odontologia	1931	1964
Veterinária	1968	1968
Química	1934	1956
Serviço Social	1957	1962, 1993(***)
Psicologia		1971
Nutrição	1967	1978
Fisioterapia	1969	1975(****)
Terapia Ocupacional	1969	1975(****)
Biologia		1979(*****)
Biomedicina		1979(*****)
Fonoaudiologia	1981	1981

(*) A criação do Conselho de Medicina é de 1945, mas só em 1957 é regulamentado de fato.
(**) Existe uma lei que regula a propaganda da enfermagem anterior à norma regulamentadora do exercício da enfermagem, de 1942.
(***) Existe uma lei de que institui um Conselho Nacional de Serviço Social, de 1938. A lei de 1993 muda a denominação de Conselho Federal de Assistente Social para Conselho Federal de Serviço Social.
(****) Os Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional são os mesmos.
(*****) Os Conselhos Federal e Regionais de Biologia e Biomedicina foram criados em conjunto em 1979, e desmembrados em 1982.
Fonte: Girardi *et al* (2000b).

As ocupações de nível médio e elementar, por seu turno, contam com uma regulamentação relativamente mais fraca – limitada, em grande parte, ao credencialismo educacional (currículos mínimos e as correspondentes formas de habilitação). O quadro 2.1, que se encontra no anexo, traz justamente essas demandas por regulamentação no sistema educacional entre as décadas de 1970 e o ano de 1990[38], e mostra que 77% das ocupações obtiveram regulamentação na década de 1970, enquanto 23% conseguiram regulamentação no final da década de 1980 e no ano de 1990, no bojo das transformações trazidas pela Constituição Federal de 1988[39].

Um outro ponto que merece atenção na questão da regulamentação das profissões de saúde, e que tem tido significativa repercussão nos últimos anos, diz respeito às recentes discussões sobre o PL n° 025, do ano de 2002, que dispõe sobre o **ato médico**, que remete à discussão mais geral da existência de áreas de fronteira entre as profissões de saúde, para a qual o esquema proposto no trabalho de Spink (1985) é bastante ilustrativo[40]. Recolocando a questão de forma mais incisiva, o que se tem na verdade é um problema de busca de hegemonia nos diversos campos de atuação, uma vez que a confluência das atividades na área de saúde e o processo contínuo de especialização e definição de novas áreas de atuação acabaram por determinar o aparecimento de fronteiras, em geral mal definidas, entre os vários grupos de profissionais (SPINK, 1985: 34).

Solange Baraldi (2005), ao introduzir a questão do ato médico, faz uma associação interessante com o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, que está assentado em um processo contínuo de descentralização e interiorização dos serviços:

> No Brasil, a reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca como prioridade a qualificação da gestão da atenção básica e onde podemos apontar a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) como uma das mais significativas nesta lógica, evidencia relativa perda de espaço do profissional médico. Esta perda de espaço ocorre por diversos motivos: o não-envolvimento pleno dessa categoria com as ações de caráter preventivo, haja vista que a 'especialidade' ainda lhe oferece mercado; o fato de as equipes do PSF serem necessariamente multidisciplinares; a dificuldade de interiorização do profissional médico nas regiões não-metropolitanas e a 'luta' por um modelo de atenção que supere o paradigma médico-assistencial e reconheça práticas alternativas de saúde não exclusivas ao profissional médico (BARALDI, 2005: 05).

Infelizmente, não dá para entrar no mérito dessa questão no âmbito desse trabalho, ainda que se reconheça a importância dessa disputa pela hegemonia – não só no processo de trabalho, mas também na regulação do próprio setor – para a re-configuração do mercado de trabalho e das políticas de saúde contemporâneas[41].

---

[38] O trabalho de Mary Jane Paris Spink (1985: 40-42) apresenta um relato completo acerca da evolução da legislação sobre regulamentação do exercício profissional e criação dos conselhos das profissões de saúde durante o período de 1930 a 1983.

[39] Vale destacar que, através da Resolução n° 218-1997, que regulamenta as profissões de saúde, o Ministério da Saúde amplia o entendimento sobre o conceito de saúde – que passa a englobar também o bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo – e reconhece como profissionais de saúde de nível superior os Assistentes Sociais, Biólogos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais (ver quadro 2.2, anexo).

[40] Ver figura 2.1, anexa.

[41] Uma discussão pormenorizada do assunto pode ser encontrada no trabalho de Girardi e Seixas (2002).

2.1.3 - Evolução dos Recursos Humanos em saúde no Brasil até os anos 1980

Foram poucos os trabalhos que se propuseram a fazer análises sobre o mercado de trabalho em saúde, principalmente até meados dos anos 1970, quando surgiram os primeiros dados estatísticos provenientes das Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS), elaboradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A partir da década de 1970 começam a surgir trabalhos de natureza quantitativa, aliado a diversos enfoques, como o da economia política, da sociologia e da demografia. Até então, predominavam os trabalhos a respeito dos recursos humanos em saúde, de cunho mais qualitativo, com uma abrangência menor, na maior parte das vezes se limitando a analisar os casos dos mercados profissionais mais relevantes, como o dos médicos.

Os trabalhos de André Cezar Médici (1987; 1997), Rosa Amélia Dantas Salim (1992) e de Roberto Passos Nogueira (1986) são bastante ilustrativos no que tange à evolução do mercado de trabalho entre as décadas de 1970 e 1980 e é bastante representativo das análises realizadas nesse período. Os autores se apóiam nos inquéritos da AMS/IBGE, complementando esses dados com outras fontes, como as do Ministério da Educação e Ministério do Trabalho. Além de analisar a evolução da quantidade de postos de trabalho na área de saúde, discutem questões como a participação da mulher no mercado de trabalho, a tendência de assalariamento do profissional médico, a estrutura e a composição da força de trabalho e sua forma de absorção e inserção.

Crescimento e composição do emprego em saúde

Ao tratar do crescimento da força de trabalho em saúde, Nogueira (1986: 17-18; 22-23), baseado nos dados do IBGE/ENSP, chega a um número de 622 mil trabalhadores ligados diretamente ao setor de saúde no ano de 1970. Para o ano de 1980, o autor apresenta um número total de 1,233 milhão de trabalhadores no setor de saúde, cuja composição é majoritariamente de profissionais de nível elementar e médio (aproximadamente 82%). Ainda de acordo com o autor, ao longo da década de 1970 verificou-se um grande crescimento de algumas categorias profissionais de nível superior, como a do enfermeiro (142,94%), e a do médico (125,64%); entre os profissionais de nível elementar e médio, destacam-se os fisioterapeutas e massagistas, com crescimento de 302,27%, os protéticos (226,35%) e o pessoal de enfermagem (124% de crescimento no período).

Por sua vez, André Médici (1997: 31), calcado nos inquéritos da AMS, afirma que, entre os anos de 1980 e 1987 o número de empregos em saúde passou de 815,7 mil para 1.175,5 mil[42], representando um crescimento médio da ordem de 5,36% ao ano (ver tabela 6). Dos empregos existentes no setor de saúde no ano de 1987, cerca de 29,9% era ocupada por pessoal de nível administrativo, logo depois, com 28,1% do total, o pessoal de nível elementar, em seguida, representando 25,5%, o pessoal de nível superior e, com 16,5%, o pessoal de nível médio. Isso demonstra, em parte, como há uma certa polarização no que se refere ao grau de instrução dos empregados do setor de saúde, com ampla participação de pessoal de nível elementar e de pessoal administrativo.

Ainda a este respeito, a tabela 7 sugere que há uma polarização ainda mais expressiva quando são consideradas apenas as categorias profissionais que compõem o núcleo de atenção à

[42] As diferenças no quantitativo de ocupados no setor de saúde decorrem, obviamente, das diferentes opções metodológicas dos autores.

saúde. O maior número de profissionais médicos (36,8%) e atendentes de saúde (35%) mostram a forma desigual que se deu a absorção dos profissionais e a composição das equipes de saúde. As demais profissões, somadas, não vão além de 30% do total.

Tabela 6
Composição e Crescimento do Emprego em Saúde - Brasil: 1980-1987

Categorias	1980	%	1987	%	Crescimento Anual (%)
Total	**815.668**	100,0	**1.175.479**	100,0	**5,36**
Nível superior	197.352	24,2	300.949	25,6	6,21
Nível médio	111.501	13,7	193.551	16,5	8,20
Nível elementar	266.778	32,7	329.895	28,1	3,08
Pessoal administrativo	240.037	29,4	351.084	29,9	5,58
Setor Público	**365.559**	100,0	**567.453**	100,0	**6,48**
Nível superior	98.379	26,9	170.638	30,1	8,18
Nível médio	58.232	15,9	111.501	19,6	9,72
Nível elementar	111.345	30,5	128.986	22,7	2,12
Pessoal administrativo	97.603	26,7	156.114	27,5	6,94
Setor Privado	**450.072**	100,0	**508.026**	100,0	**4,39**
Nível superior	98.973	22,0	130.311	25,7	4,01
Nível médio	53.232	11,8	81.836	16,1	6,34
Nível elementar	155.433	34,5	200.909	39,5	3,73
Pessoal administrativo	142.434	31,6	94.970	18,7	4,59

Fonte: AMS/IBGE, 1980 e 1987. Adaptado de Médici (1997).

Tabela 7
Número de empregos por categoria profissional - Brasil, 1984

Categoria	1984	
	Número	Percentual (%)
Médico	194.152	36,8
Odontólogo	25.078	4,7
Enfermeiro	21.766	4,1
Auxiliar de Enfermagem	10.034	1,9
Atendente	184.723	35,0
Outros	92.297	17,5
Total	**528.050**	**100,0**

Fonte: ENSP/IBGE *apud* Salim (1992: 42).

Estrutura e formas de absorção/inserção da força de trabalho

No que se refere à absorção dos profissionais de saúde segundo a natureza administrativa, a participação relativa das ocupações para a média do Brasil mostra uma certa concentração de profissionais de saúde no setor público (54,23% do total), frente a 45,77% no setor privado (ver tabela 8). Mas esta distribuição se altera sensivelmente de acordo com a região do país, estando claramente influenciada pelo grau de capitalização do setor de saúde. Em outras palavras, o setor privado domina aquelas regiões em que há uma maior concentração de

serviços especializados de saúde, indústrias de equipamentos médico-hospitalares e indústrias farmacêuticas.

Tabela 8

Participação relativa dos profissionais de saúde por natureza administrativa, segundo as regiões - Brasil, 1984

País e Regiões	Setor	
	Público (%)	Privado (%)
Brasil	**54,23**	**45,77**
Norte	75,02	24,98
Nordeste	69,56	30,44
Sudeste	48,83	51,17
Sul	42,69	57,31
Centro-oeste	63,46	36,54

Fonte: ENSP/IBGE *apud* Salim (1992: 39).

Enquanto nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste o setor privado responde respectivamente pela absorção de 24,98%, 30,44% e 36,54% dos profissionais de saúde, nas regiões Sudeste e Sul o setor privado absorve 51,17% e 57,31% destes profissionais. Vale salientar, baseado no trabalho de Médici (1977) que, ao longo da década de 1980, houve uma importante elevação da absorção de profissionais pelo setor público.

Oferta de Profissionais de Saúde

Um ponto que mereceu destaque nas análises sobre o mercado de trabalho em saúde ao longo das últimas décadas foi, sem dúvida, a oferta de profissionais de saúde de nível superior, em que pese a significativa expansão do ensino superior em todas as profissões, com a multiplicação de instituições de ensino e a ampliação das vagas nas instituições já existentes. Só para ilustrar, em apenas duas décadas (entre 1960 e 1979) houve a criação de 50 novas escolas de medicina no Brasil.

No que se refere à capacidade de absorção dos profissionais de saúde pelo mercado de trabalho, Nogueira (1986: 38) estabelece uma análise a partir da comparação entre o número de empregos criados e o número de profissionais formados. Durante todo o período analisado de forma pormenorizada pelo autor – com a exceção do ano de 1979 – houve uma sobre-oferta de empregos criados para profissionais da área médica, como se pode ver a partir da tabela abaixo, em que há a criação de mais de 74 mil novos empregos ante um número total de quase 57 mil novos profissionais formados.

Por outro lado, no caso dos enfermeiros ocorre o contrário, há uma aparente sobre-oferta de enfermeiros para os empregos criados durante o período. Enquanto são criados 7.629 empregos, formam-se cerca de 23 mil novos enfermeiros. Fica claro, então, a baixa capacidade de criação de empregos de enfermeiros e o papel secundário desta categoria profissional ao longo de todo o período analisado.

Tabela 9

Distribuição do Número de Empregos Criados e de Médicos e Enfermeiros Formados - Brasil, 1977 a 1983

Ano	Médicos		Enfermeiros	
	Empregos Criados	Formados	Empregos Criados	Formados
1977	10.776	8.288	144	2.126
1978	10.827	8.722	996	2.192
1979	5.595	8.316	239	2.561
1980	13.209	8.318	1.816	3.139
1981	9.786	8.048	986	3.687
1982	15.772	7.871	1.903	4.394
1983	8.750	7.289	1.545	4.934
Total	**74.715**	**56.852**	**7629**	**23.033**

Fonte: IBGE/MEC. Extraído de Nogueira (1986: 38).

A análise da distribuição dos médicos pelo Brasil aponta para uma certa dificuldade de interiorização destes profissionais, que tendem a se concentrar em regiões mais "ricas", com grande concentração da renda nacional, melhor dotação de equipamentos médico-hospitalares e melhores condições de trabalho. Os dados acerca dessa questão têm mostrado que essa distribuição por região e mesmo por cidade não encontra qualquer relação de proporcionalidade com a população.

Feminilização do mercado de trabalho em saúde

A respeito da participação da mulher no mercado de trabalho em saúde, Nogueira (1986) salienta que há uma inserção bastante desigual da mulher em comparação ao homem nesse mercado. Enquanto algumas categorias se apresentam como tipicamente femininas – como os enfermeiros e o pessoal auxiliar da área de enfermagem –, as categorias profissionais de maior qualificação – como os médicos e odontólogos –, ainda permanecem sob o controle dos homens (ver tabela 10).

O processo de feminilização que está acontecendo nestas categorias se deu de forma desvantajosa em relação aos homens, com menores oportunidades de trabalho autônomo, por vezes exercendo apenas uma única ocupação (o que está associado à dupla jornada da mulher), trabalhando um número menor de horas semanais e com uma renda mensal proporcionalmente menor (NOGUEIRA, 1986: 46-48).

Em síntese, conforme assinala Salim (1992: 45), o que ocorreu no interior do mercado de trabalho em saúde ao longo das décadas de 1970 e 1980 foi um conjunto de importantes transformações:

> (...) tanto na estrutura demográfica, com a feminilização progressiva e o rejuvenescimento, quanto na composição da equipe e forma de utilização, com a polarização crescente médico-atendente; intensificação do processo de capacitação dos trabalhadores de nível médico; aumento do grau de escolaridade; prolongamento da jornada de trabalho dos profissionais de nível superior; diminuição da renda real dos trabalhadores ocupados; desconcentração e bi-modalidade de rendimentos dos

ocupados no setor; ambulatorização do emprego em saúde e aceleração do processo de assalariamento médico.

Tabela 10

Evolução da participação das mulheres segundo algumas categorias de profissionais de saúde - Brasil, 1970-1980

Categorias	1970 Número	%	1980 Número	%	Crescimento Bruto (%)
Profissionais de Nível Superior					
Médicos	5.221	11,6	20.992	20,6	302
Odontólogos	3.495	11,5	15.542	28,2	344
Farmacêuticos	1.747	40,0	2.210	37,7	26
Enfermeiros	4.774	96,0	11.361	94,0	138
Profissionais de N. Médio e Elementar					
Parteiras	4.092	97,7	3.446	10,0	-16
Pessoal de Enfermagem	109.836	81,9	252.253	84,0	129
Fisioterapeutas e Massagistas	2.250	64,7	9.748	69,7	333
Protéticos	1.992	49,9	1.105	8,4	-45
Práticos de Farmácia	1.197	13,5	2.252	17,7	88
Laboratoristas	11.076	26,1	15.521	31,7	40

Fonte: IBGE/ENSP. Extraído de Nogueira (1986: 47)

2.2 – Ampliando a noção de mercado de trabalho em saúde

A noção de trabalho em saúde utilizada recorrentemente pelos autores da área de recursos humanos parece demasiadamente restrita, conforme já foi discutido nas seções anteriores. Com a finalidade de ampliar a noção de mercado de trabalho em saúde é que se faz, a seguir, uma breve apresentação acerca da importância do macro-setor saúde na geração de emprego e renda na economia brasileira, dimensionando o conjunto das ocupações em saúde no Brasil, e apontando para algumas questões relevantes do ponto de vista da dinâmica do mercado de trabalho em saúde (particularmente do núcleo do setor), que serão explicitadas e discutidas detidamente mais adiante.

2.2.1 – O Macro-Setor Saúde

Os limites da cadeia produtiva associada ao complexo econômico de saúde não são determinados de forma simples e clara. Os segmentos envolvidos no sistema de saúde funcionam seguindo lógicas próprias, que costumam ser divergentes. Existem diversos setores além das atividades cuja função se confunde com o objetivo de atenção à saúde, chamados de periféricos, como as atividades industriais, os serviços de complementação diagnóstica ou terapêutica e o comércio (DEDECCA *et al,* 2001; NEGRI e DI GIOVANNI, 2001; ANDRADE e SILVA, 2003).

Por outro lado, deve-se ter em mente que a delimitação do complexo da saúde vai muito além da simples seleção de setores de atividade a partir da linha de produto ou da propriedade do capital, uma vez que representa um corte analítico alternativo à forma tradicional de abordar o setor de saúde, que concebe a "área como um conjunto interligado de produção de bens e

serviços em saúde que se movem no contexto da dinâmica capitalista" (GADELHA, 2003: 523).

Pelo conjunto de características já assinalado anteriormente – sobretudo por ser bastante intensivo em trabalho – o setor de saúde adquire uma importância que vai além de seus conhecidos efeitos sobre o nível de bem-estar da população, e este macro-setor associado aos serviços de saúde determina impactos significativos sobre a geração de postos de trabalho e os níveis de remuneração e qualificação dos trabalhadores, "ou seja, constitui um *lócus* essencial de desenvolvimento econômico" (GADELHA, 2003: 523).

Nesse sentido, Nicolella e Guilhoto (2005), ao fazerem uma análise sobre a contribuição do setor saúde para a economia brasileira, expõem acerca do potencial do setor de saúde como gerador de empregos diretos, indiretos e induzidos. Este estudo, baseado na matriz de insumo-produto de 1999, aponta os setores de saúde, tanto públicos quanto privados, como os mais importantes indutores da produção e um dos principais geradores de emprego na economia nacional. Os resultados dos índices sobre a capacidade do setor em gerar empregos são animadores:

> Ao endogenizar o consumo das famílias para captar os efeitos induzidos, os setores de saúde revelam grande capacidade de gerar empregos. A saúde privada gera 0,168 empregos diretos, indiretos e induzidos por milhão mobilizado neste setor, o que lhe confere a 6ª posição entre os setores que mais geram empregos na economia. Com 0,151 empregos gerados por milhão mobilizado, está a saúde pública. Assim, esses setores mostram-se importantes na geração de emprego e relevantes para tomada de decisão em políticas públicas (NICOLELLA e GUILHOTO, 2005: 04).

Quando consideram os resultados dos *índices de ligação puro normalizados*, Nicolella e Guilhoto (2005) captam a importância do setor de saúde em se tratando do valor de sua produção. Novamente, os autores consideram o consumo das famílias como uma variável endógena e mostram que o setor tem forte influência na produção a partir do efeito de indução.

> Para a saúde pública o multiplicador (tipo II) é de 3,803, ou seja, para cada variação na demanda final a produção aumenta em 3,803. Esse valor coloca a saúde pública na terceira posição entre os setores de maior impacto. A saúde privada está em situação ainda melhor, na liderança como o setor que mais impacta a produção para cada variação da demanda final, sendo seu valor de 3,869. Em ambos os casos, nota-se a grande importância da produção induzida para o setor (NICOLELLA e GUILHOTO, 2005: 05).

Estes resultados, sem dúvida, colocam o setor de saúde como prioritário na agenda de um governo interessado na geração de emprego e renda e no estímulo da atividade produtiva nacional. Além do mais, são amplamente conhecidos os efeitos positivos da elevação dos níveis de saúde da população sobre a produtividade da economia. A partir disso, fica claro que os setores de saúde, públicos e privados, devem ser tomados como estrategicamente relevantes nas decisões de políticas públicas.

2.2.2 – A dimensão ocupacional do setor de saúde brasileiro

O mercado de trabalho do setor de saúde, por ser marcado por significativa complexidade estrutural, é um espaço ocupacional que extrapola a dimensão das profissões ou dos recursos

humanos específicos. Nesse sentido, é mais interessante um enfoque que não procure especificar um mercado de trabalho em saúde, mas sim identificar o conjunto de ocupações necessárias para o pleno funcionamento da política de saúde. Sendo assim, esta dissertação se apóia nos dados compilados por Dedecca *et al* (2005b: 02-03) que, em seu trabalho, procuram:

> 1. Identificar o conjunto de ocupações que, direta ou indiretamente, são necessárias para a realização das atividades que se constituem em fim principal da política pública de atendimento à saúde da população;
>
> 2. Delimitar os impactos dos gastos públicos e privados exigidos para a sua execução sobre a geração de ocupações no mercado de trabalho.

Metodologia utilizada

Os trabalhos de Dedecca *et al* (2005a; 2005b) focam suas análises nas dimensões setorial e ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil, trazendo um importante panorama da capacidade do setor de saúde em estimular a economia. Os autores supracitados baseiam sua discussão na manipulação dos dados dos Censos Demográficos de 1991 e 2000, da Relação Anual de Informações Sociais, e da Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílios de 2001 e 2002, realizando um esforço de compatibilização das ocupações e das classes de atividade econômica utilizadas pelas bases de dados[43].

No que se refere especificamente aos impactos do gasto do setor saúde para a geração de ocupações, Dedecca *et al* (2005a; 2005b) partem da identificação das ocupações ligadas ao setor de saúde, extrapolando a dimensão da sua atividade-fim (prestação de serviços de saúde). A metodologia desenvolvida pelos autores do referido documento se baseou no cruzamento das informações setoriais e ocupacionais contidas no Censo Demográfico. Em seu aspecto setorial, as atividades econômicas foram classificadas como:

- Fundamentais;
- Complementares;
- Apoio e
- Administração Pública.

Esta classificação foi construída a partir dos setores de atividade da CNAE-Dom (Classificação Nacional de Atividades Econômicas – Domiciliar[44]), ajustada de acordo com a relação (mais ou menos direta) com as atividades de atenção à saúde. Por sua vez, as ocupações foram divididas em 3 grupos, novamente pelo critério da relação com os serviços de atenção à saúde:

- Nucleares;
- Afins;
- Demais.

[43] Optou-se, neste trabalho, por não apresentar toda a discussão relacionada às dificuldades de compatibilização dos dados entre o Censo Demográfico e a Relação Anual de Informações Sociais. Para maiores detalhes, consultar o capítulo 2 do documento elaborado por Dedecca *et al* (2005b).
[44] Ver quadro 2.3, anexo.

A classificação das ocupações foi feita a partir da CBO-Dom (Classificação Brasileira de Ocupações – Domiciliar[45]). Cabe destacar que o grupo "demais ocupações" foi ajustado para estimar a capacidade de indução do setor de saúde no que se refere à geração de emprego e renda nas atividades complementares e da administração pública.

O documento traz ainda uma divisão do setor de saúde em 2 níveis: o setor saúde nuclear e o setor de saúde expandido. Desta forma, agrupam-se no primeiro nível o conjunto de ocupações e as atividades econômicas que podem ser mais diretamente identificadas como pertencentes ao núcleo do setor de saúde. O segundo nível traz, então, todas as ocupações e atividades econômicas que estão ligadas, de alguma forma, à política de saúde, ou seja, são derivadas dos serviços de atenção à saúde.

Principais resultados

Nos últimos anos, de acordo com as principais bases de dados existentes no país, o peso do emprego em saúde representou uma expressiva parcela do total de ocupações do mercado de trabalho brasileiro. A tabela abaixo (tabela 11), mostra a dimensão do mercado de trabalho no Brasil entre 1991 e 2002, assim como o peso das atividades de saúde.

Tabela 11
População Economicamente Ativa (PEA), população ocupada e ocupados no setor saúde

	Censo de 1991	Censo de 2000	PNAD de 2002
Ocupados no Setor Saúde	2.287.645	2.735.889	3.617.922
População Ocupada no País	55.293.313	65.629.892	67.512.431
PEA	58.296.626	77.328.502	75.388.454

Fonte: IBGE, Censo Demográfico; IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD.

Em 1991, de acordo com os dados do Censo Demográfico, quase 2,3 milhões de pessoas estavam ocupadas em atividades de atendimento à saúde, representando cerca de 4,1% do total da população ocupada e 3,9% da População Economicamente Ativa (PEA) daquele ano. O núcleo do setor de saúde, no ano de 1991, representava 1,9% do total de ocupados do Brasil, e 45% dos ocupados do setor. Por sua vez, os demais ocupados do setor de saúde somavam 2,2% da população ocupada (ver quadro 8).

O quadro 9 traz uma estimativa da distribuição de postos de trabalho nas atividades ligadas direta ou indiretamente ao setor de saúde brasileiro no ano 2000, conforme a segmentação proposta anteriormente. Como se pode notar, o efeito da geração de ocupações do setor é ponderável, representando cerca de 4,2% da população ocupada no Brasil, o que equivalem a aproximadamente 2,735 milhões de ocupados – vale salientar que, deste total, 1,388 milhão fazia parte do núcleo do setor de saúde. O interessante a notar é que houve uma pequena ampliação do peso do núcleo do setor de saúde em relação ao total, que passa de 1,9% para 2,1% da população ocupada total.

[45] Ver quadro 2.4, anexo.

Quadro 8
Estimativa do emprego gerado nas atividades de atendimento à saúde - 1991

		OCUPAÇÕES		
		Núcleo	Afins	Demais Corrigidas
SETORES	Setores Fundamentais	917.987	19.625	959.330
	Administração Pública	31.264	24.568	57.125
	Atividades Complementares	26.156	11.493	38.521
	Atividades de Apoio	27.389	50.456	
	Demais Setores	123.729		
	Setor Saúde Núcleo	1.031.093	1,9%	
	Setor Saúde Total	2.287.645	4,1%	
	Total de Ocupados	55.293.313	100,0%	

Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

Quadro 9
Estimativa do emprego gerado nas atividades de atendimento à saúde - 2000

		OCUPAÇÕES		
		Núcleo	Afins	Demais Corrigidas
SETORES	Setores Fundamentais	1.033.730	26.137	819.189
	Administração Pública	256.208	34.277	224.521
	Atividades Complementares	21.426	16.515	29.326
	Atividades de Apoio	74.077	62.369	
	Demais Setores	138.113		
	Setor Saúde Núcleo	1.388.294	2,1%	
	Setor Saúde Total	2.735.889	4,2%	
	Total de Ocupados	65.629.892	100,0%	

Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

As ocupações do setor de saúde, conforme já foi registrado, tem um amplo potencial de formalização quando comparado com a média do mercado de trabalho brasileiro, a despeito da tendência de flexibilização contratual observada ao longo da década de 1990 e início deste século. O quadro 10 mostra a dimensão do emprego formal no âmbito do setor de saúde,

considerando o estoque de trabalhadores em 2000. Eram, no total, cerca de 1,9 milhão de empregados do setor de saúde, sendo apenas 38,15% em atividades do núcleo. O nível de formalização no total do setor de saúde, no ano 2000, era de aproximadamente 69,4% das ocupações, enquanto no núcleo do setor esse número era de apenas 52,2%.

Quadro 10
Emprego formal em saúde - Relação Anual de Informações Sociais - 2000

Emprego formal no setor saúde (Brasil - 2000)

Setores	Ocupações		
	Nucleares	Afins	Demais ocupações (corrigidas)
Fundamentais	340.195	30.897	526.405
Administração pública	297.691	32.272	468.062
Complementares	20.589	2.966	23.190
Apoio	17.577	32.570	
Demais setores	107.043		

724.610 Setor saúde - Nucleares

1.899.458 Setor saúde - Total

Fonte: MTE - RAIS 2000. Extraído de Dedecca *et al* (2005a: 135).
Notas:
(1) Dados trabalhados pelos autores.
(2) Procedimento para correção das demais ocupações pertencentes aos setores da administração pública e de complementares: a) administração pública: relação demais/(núcleo + afins) dos setores fundamentais; b) complementares: relação demais/(núcleo + afins) das atividades hospitalares. A parte restante das demais ocupações (dos setores administração pública e complementares) foi adicionada às demais ocupações dos demais setores.

Percebe-se, por inferência, que o menor grau de formalização do núcleo do setor de atendimento à saúde, em detrimento das atividades complementares, sugere a existência de arranjos informais de trabalho, dos quais se destaca o peso das diferentes formas de inserção do profissional médico. Nesse sentido, no interior das ocupações do núcleo do setor de saúde existem diferenças bastante acentuadas nas condições básicas de trabalho, com um maior nível de assalariamento dos enfermeiros e a uma elevada prevalência, entre os médicos, de empregadores e 'trabalhadores por conta-própria' (ou autônomos) (DEDECCA *et al,* 2005a).

Além disso, os trabalhos de Dedecca *et al* (2005a; 2005b) conseguem captar parte do movimento de perda do *status* da profissão médica, associado basicamente à diminuição dos rendimentos do trabalho e da relativa perda do controle sobre o instrumental necessário ao diagnóstico e às terapias. Acerca daquele aspecto, os autores apontam a recorrência de múltiplos vínculos de trabalho entre os médicos, o que indica que há uma progressiva diminuição da remuneração por hora de trabalho. Interessa, então, recolocar essas questões mais especificas apontadas acima para o conjunto do mercado de trabalho em saúde, explicitando a dinâmica desse mercado nos últimos anos. Para isso, recorrer-se-á às bases de dados do IBGE, através de uma análise mais detalhada dos censos de 1991 e 2000, da RAIS e da PNAD de 2002.

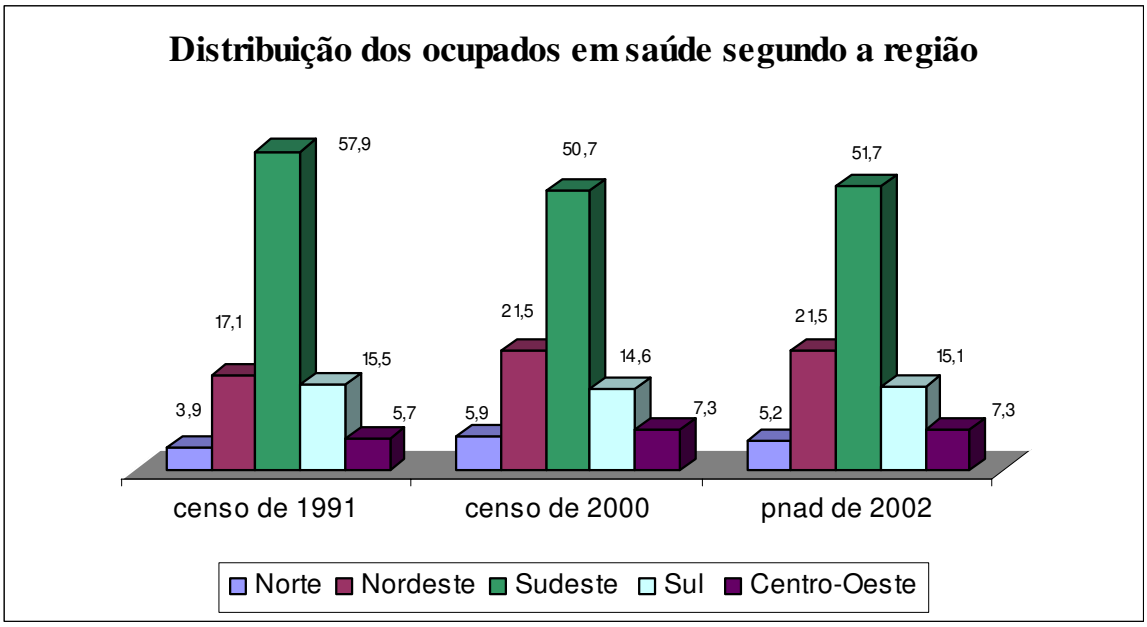
2.2.3 – O perfil dos ocupados no setor de saúde brasileiro

Nesta seção serão apresentados e discutidos os principais resultados do trabalho de Dedecca *et al* (2005b), acrescidos de alguns outros retirados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, que também tomam como base os dados dos Censos Demográficos dos anos de 1991 e 2000. Desta forma, dispõe-se de um importante perfil da ocupação em saúde no Brasil, em seus vários aspectos, fornecendo subsídios relevantes para a discussão que se procura fazer ao longo do trabalho, que destaca a importância e as particularidades do trabalho no setor de saúde brasileiro.

Distribuição regional dos ocupados em saúde

Ao analisar a distribuição das ocupações de saúde por regiões geográficas se pode chegar a conclusões interessantes. Os dados do Censo Demográfico para o ano de 1991 mostram uma expressiva concentração de ocupados em saúde na região Sudeste (são aproximadamente 2,3 milhões de trabalhadores, que representam cerca de 57,9% do total de ocupados em saúde), contra 17,1% no Nordeste, 15,5% no Sul, 5,7% no Centro-Oeste e apenas 3,9% no Norte.

Gráfico 3



Fonte: IBGE, Censos Demográficos; IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

A situação encontrada em 2000, apesar de ter sido amenizada, não se modificou em termos estruturais. Continuou-se a observar no Brasil a preponderância de ocupados em saúde lotados na região Sudeste (algo em torno de 50,7% do total de ocupados em saúde). Com a notável exceção da região Sul, que perdeu participação em relação ao total de ocupados em saúde (de 15,5 para 14,6%), todas as outras regiões obtiveram uma melhor participação. Merece destaque, nesse sentido, a elevação da participação da região Nordeste, que passa de 17,1 para 21,5% do total.

Os dados da PNAD de 2002 trazem informações semelhantes às apontadas pelo Censo Demográfico de 2000. No entanto, deve-se realçar que parece haver uma pequena tendência a um novo processo de concentração da ocupação na região Sudeste, que já estaria com 51,7% do total de ocupados em saúde daquele ano.

Níveis de Remuneração

A afirmação de que o perfil dos ocupados no setor de saúde é melhor do que a média do mercado geral de trabalho foi utilizada, até aqui, apoiada em estudos anteriores de diversos autores. Contudo, a partir dos dados dos Censos Demográficos de 1991 e 2000 é possível embasar esta afirmação de forma precisa e incontestável. Para o ano de 1991, tem-se uma média de rendimento por hora de R$ 9,6 nas ocupações de saúde, contra R$ 3,56 nas ocupações agrícolas e R$ 8,58 nas ocupações urbanas (ver tabela 12).

Tabela 12
Diferenciais de rendimento hora entre grupos ocupacionais (1991 e 2000)

Grupos ocupacionais	Brasil				
	Valores Absolutos (em reais)		Diferença relativa de rendimento hora (%)		
	1991	2000		1991	2000
Renda Saúde (A)	9,6	7,79			
Renda Ocupação Agrícola (B)	3,56	3,06	(A) - (B)	169,60%	154,60%
Renda Ocupação Urbana (C)	8,58	5,37	(A) - (C)	11,90%	45%

Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

Ainda de acordo com a tabela 12, pode-se notar que, no ano 2000, o rendimento médio por hora nas ocupações de saúde continuava sendo bem maior (R$ 7,79) que o rendimento auferido nas ocupações agrícolas (R$ 3,06) e urbanas (R$ 5,37). Em termos relativos, a distância do rendimento hora em favor das ocupações de saúde frente ao conjunto das ocupações urbanas era de 11,9% em 1991, e passou a ser de 45% em 2000.

Graus de instrução

O setor de saúde, como já se afirmou anteriormente, possui um elevado nível de escolaridade, que se encontra, inclusive, bem acima da média do conjunto das ocupações. A tabela abaixo (tabela 13) possibilita a comparação entre os números obtidos a partir dos Censos de 1991 e 2000, tanto para os ocupados em atividades de atenção à saúde quanto para o total da população ocupada.

De acordo com os dados, em 1991, 60% dos ocupados em saúde possuíam até 8 anos de estudo, frente a 74,1% da população ocupada na mesma situação. É interessante notar que a proporção de analfabetos no total da população ocupada é quase 3 vezes maior do que entre os ocupados em atividades de saúde. Na outra ponta, em que são apresentados os maiores níveis de instrução, tem-se um número ainda mais relevante: se no total da população ocupada apenas 35,6% tinham pelo menos o ensino fundamental (8 anos de estudos ou mais), entre os ocupados no setor de saúde esta proporção era de 53%.

Em 2000, pode-se notar uma diminuição expressiva da proporção de analfabetos, tanto em atividades de saúde (que caem de 6% para 1,6%) como também em relação à população ocupada (que passa de 17,4% para 8,4%). Dentre o total da população ocupada, cerca de 64,3% tinham até 8 anos de estudos, enquanto os ocupados em saúde somavam apenas 34,1%. Outro aspecto interessante é que, no ano 2000, quase dois terços (65,9%) dos ocupados em

saúde tinham mais que 8 anos de estudo. Por sua vez, do total da força de trabalho do Brasil somente 35,7% estavam na mesma situação.

Tabela 13
Distribuição da população ocupada e dos ocupados no setor de saúde segundo o grau de instrução (censo 1991 e 2000)

	Ocupados na Saúde		População Ocupada	
	1991	2000	1991	2000
Analfabetos	6,0	1,6	17,4	8,4
1° grau incompleto	41,0	22,4	47,0	45,9
1° grau completo	13,1	10,0	9,7	10,0
2° grau incompleto	6,3	7,9	4,6	6,7
2° grau completo	14,9	29,9	11,7	18,0
Superior	18,7	28,2	9,7	11,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

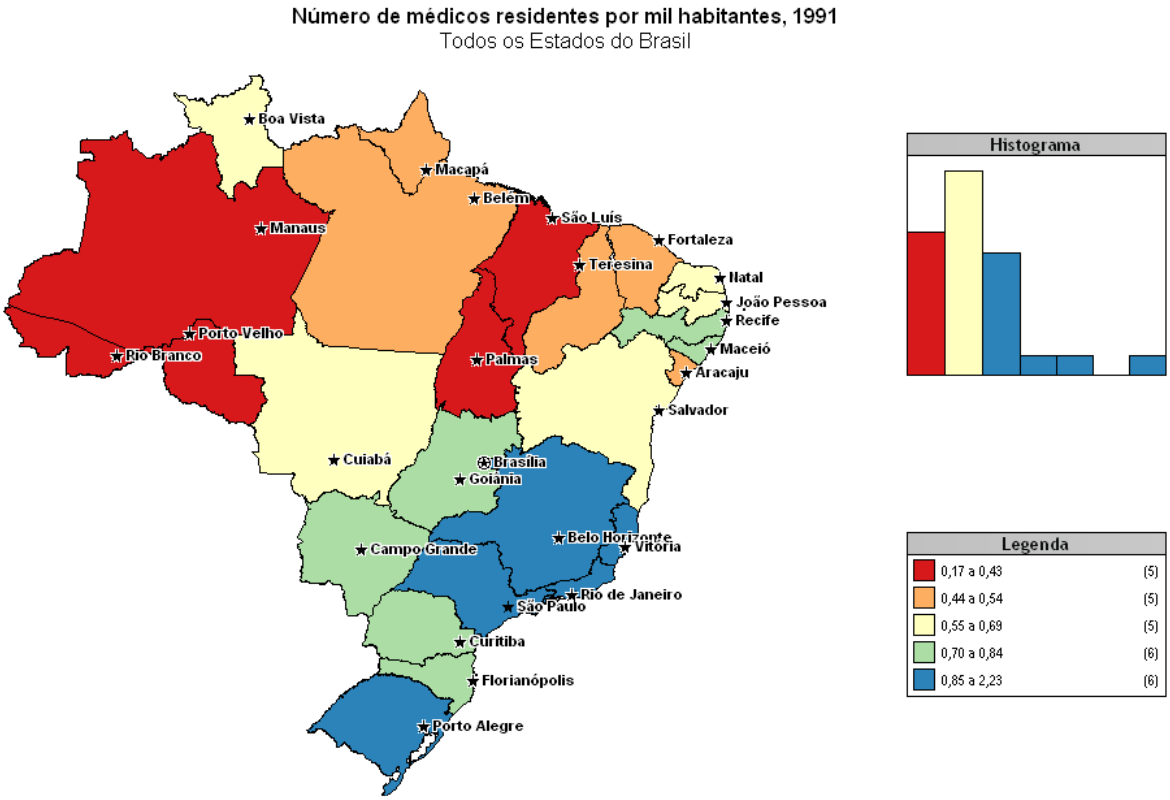
Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

Existe também um componente importante no que tange ao nível de instrução dos ocupados em saúde: a distribuição regional. Neste aspecto, Dedecca *et al* (2005b) mostram que, em 1991, há uma certa convergência quanto ao número de ocupados com curso superior. Ademais, os ocupados com 2º grau completo totalizavam 9,2% na região Nordeste, frente a 15,4% da região Sudeste e 14,7% da região Sul. No ano 2000, há uma proporção menor de ocupados com mais de oito anos de estudo na região Nordeste – cerca de 60,3%, contra 69,7% da região Sul e 69,4% da região Sudeste. Ao destrinchar esses dados, foi possível verificar que a defasagem da região Nordeste se devia à menor proporção de ocupados com nível superior (apenas 19,5%, bem abaixo da média brasileira, 28%, e das regiões Sudeste e Sul, que em média apresentavam 33% de ocupados com diploma de nível superior).

Descendo aos detalhes do problema apontado acima, pode-se associar essa carência de profissionais de nível superior em determinadas regiões do país aos fatores já apontados ao longo do item 2.1.3 deste capítulo, como a dificuldade de interiorização do profissional da área médica e o grau de capitalização do setor de saúde. Os dados apontam para uma significativa concentração dos profissionais de nível superior, notadamente os médicos, em regiões como a Sudeste, que dispõem de uma grande fatia da renda nacional, além de contarem com melhores condições de trabalho e um maior número de equipamentos médico-hospitalares.

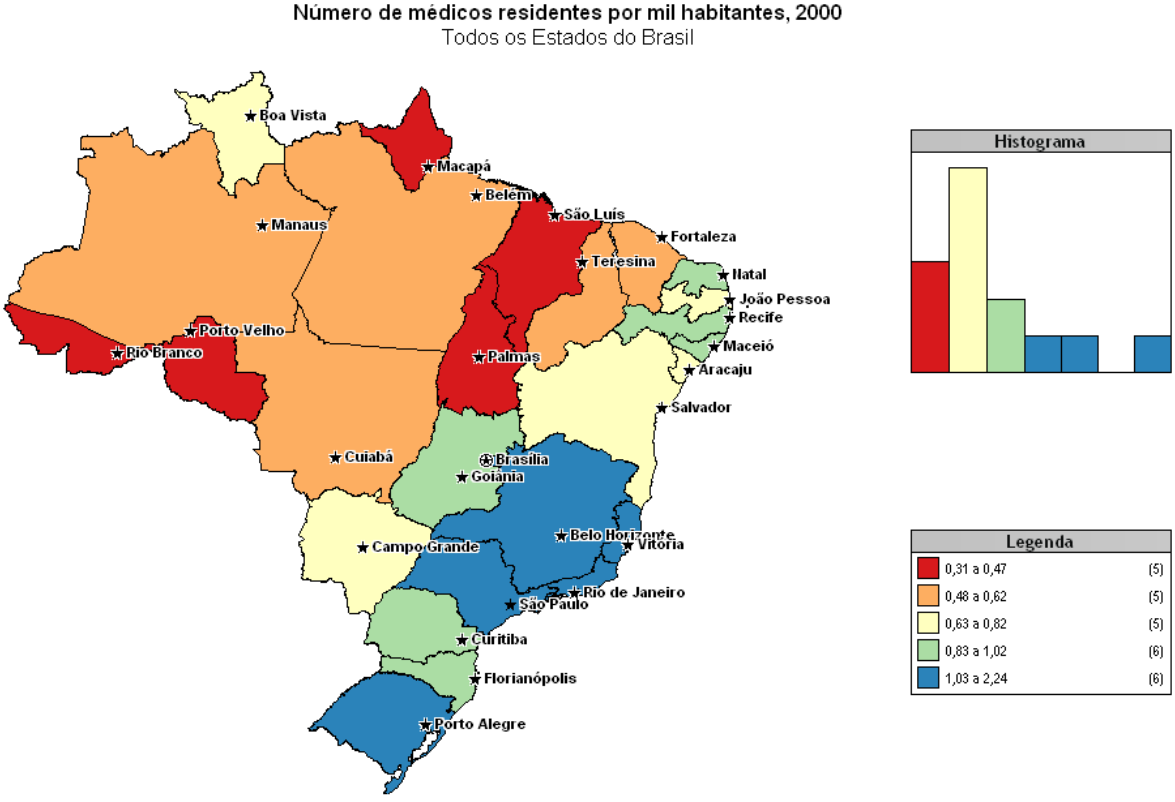
As figuras abaixo (figuras 1 e 2) mostram a distribuição de médicos para cada grupo de mil habitantes, nos anos de 1991 e 2000, de acordo com as Unidades da Federação. Pode-se perceber que há uma maior concentração de médicos nos Estados que possuem um parque industrial mais avançado (principalmente indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares) e um significativo conjunto de serviços especializados na área de saúde. Nota-se que, até o fim da década de 1990, a distribuição dos médicos por região continua não tendo nenhuma relação de proporcionalidade com o número de habitantes.

Figura 1 - Número de médicos por mil habitantes – 1991



Fonte: Censo 1991. Elaborado a partir do Programa Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD).

Figura 2 – Número de médicos por mil habitantes – 2000



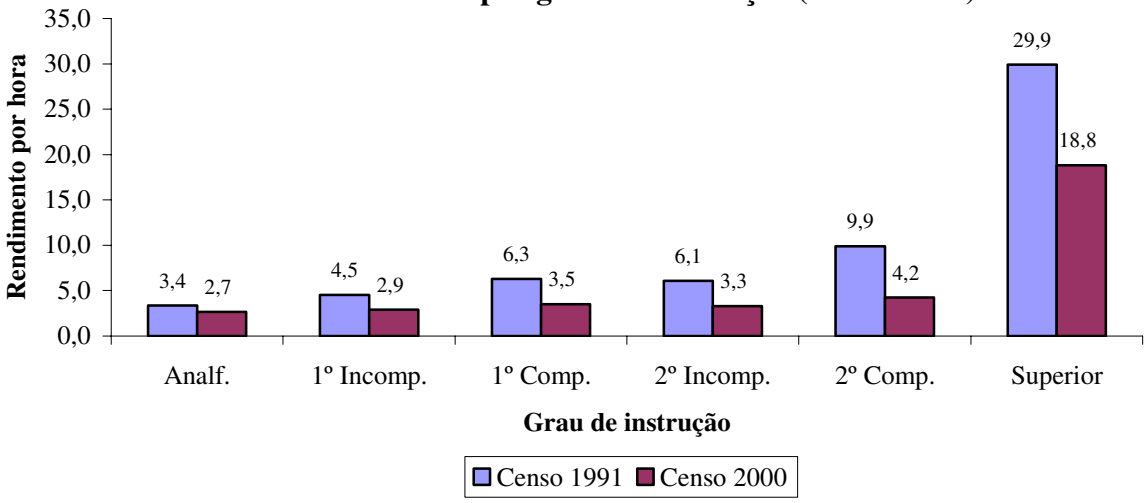
Fonte: Censo 2000. Elaborado a partir do Programa Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD).

Rendimento por grau de instrução

Como já era de se esperar, há uma significativa progressão dos rendimentos de acordo com a escolaridade do trabalhador. O gráfico 4 aponta, nos dois momentos analisados, uma certa homogeneidade entre os ocupados da saúde que não possuem diploma de nível superior. O "salto" do rendimento só acontece nas ocupações de nível superior, que apresentam uma distância em relação às demais que chega a ser de mais de seis vezes, em 2000.

Gráfico 4

Rendimentos na Saúde por graus de instrução (1991 e 2000)



Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

No que se refere à distribuição, por região, dos rendimentos segundo o grau de instrução, Dedecca *et al* (2005b) apontam a heterogeneidade inter-regional como a principal responsável pelas diferenças de rendimento verificadas, em detrimento dos níveis de escolaridade.

Rendimentos segundo o gênero

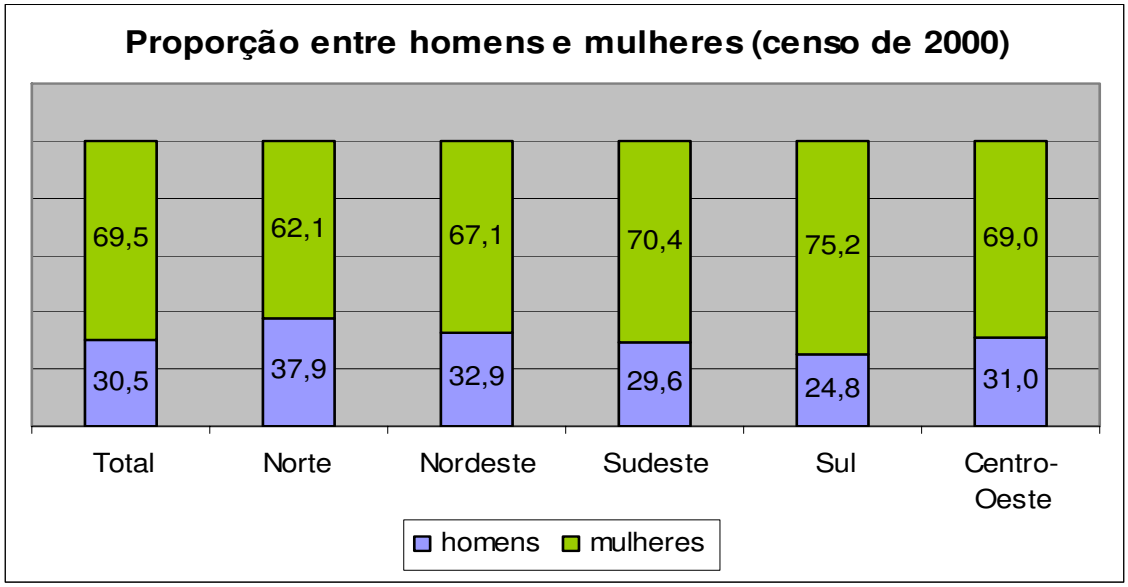
A questão do gênero é fundamental para a discussão sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde. A predominância das mulheres nas ocupações de saúde confere ao setor uma importante especificidade em relação às demais ocupações, em que a participação masculina é bastante superior.

Em termos regionais, a distribuição dos ocupados em saúde por gênero evidencia uma peculiaridade: as regiões Sul e Sudeste apresentaram, no ano 2000, as maiores proporções de ocupados do sexo feminino (respectivamente 75,2% e 70,4% do total de ocupados em saúde de cada região), enquanto a região Norte, com a maior proporção de ocupados do sexo masculino, contava com "apenas" 62,1% de mulheres ocupadas no setor de saúde (ver gráfico 5).

Em relação à variação dos rendimentos dos ocupados em saúde segundo o gênero, vale, em grande medida, a observação de Dedecca *et al* (2005b: 74), que é plenamente corroborada, logo em seguida, pelos dados da tabela 14:

> Mas se as mulheres inseridas na área de saúde destacavam-se em relação aos homens no que se refere à quantidade absoluta e relativa de postos de trabalho que ocupavam, de outra parte a renda média que elas auferiam continuava a encerrar as mesmas desigualdades testemunhadas no mercado geral de trabalho.

Gráfico 5
Ocupados em saúde no Brasil – 2000



Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

Uma primeira constatação a partir da tabela 14 é que a renda média por hora de trabalho nas ocupações em saúde é maior do que as renda média do conjunto das atividades urbanas, especialmente no caso das mulheres, em que esta diferença é ainda maior. É possível verificar, também, que seguindo a tendência do mercado geral de trabalho, há um expressivo diferencial de rendimentos entre homens e mulheres, agravado ainda mais no ano de 2000.

Tabela 14
Diferenciais de rendimento hora entre grupos ocupacionais por gênero (em %) - Brasil - 1991 e 2000

	Homens				Mulheres			
	Val. Absolutos (em reais)		Valores Relativos		Val. Absolutos (em reais)		Valores Relativos	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000	1991	2000
(A) Saúde	10,84	11,83	(A)-(B) = 12,7	(A)-(B) = 97,8	8,32	5,91	(A)-(B) = 22,2	(A)-(B) = 31,6
(B) Urbano	9,62	5,98	(A)-(C) = 186,8	(A)-(C) = 277,9	6,81	4,49	(A)-(C) = 276,4	(A)-(C) = 163
(C) Agrícola	3,78	3,13	(B)-(C) = 154,4	(B)-(C) = 91	2,21	2,63	(B)-(C) = 208,1	(B)-(C) = 124,7

Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

Nas ocupações de saúde, o rendimento hora médio entre os homens era de R$ 10,84 em 1991, e em 2000 era de R$ 11,83. Por sua vez, as mulheres contavam em 1991 com um rendimento médio de R$ 8,32 por hora, e em 2000 esse rendimento era de apenas R$ 5,91 por hora trabalhada. O diferencial de rendimentos entre homens e mulheres ocupados no setor de saúde em 2000 é significativamente maior do que o verificado nos demais grupos ocupacionais. A

diferença nas ocupações de saúde é de 100%, enquanto nas atividades urbanas é de 33,18%, e nas atividades agrícolas é de 19,01%.

Por outro lado, a comparação do rendimento médio entre os ocupados em saúde e os demais grupos ocupacionais evidencia o melhor perfil das ocupações em saúde. No ano 2000, existe uma diferença entre os homens ocupados em saúde de quase 100% em relação às atividades urbanas e 277,9% em comparação às ocupações agrícolas. No caso das mulheres, as diferenças caem para 31,6% e 163% em relação às atividades urbanas e agrícolas, respectivamente.

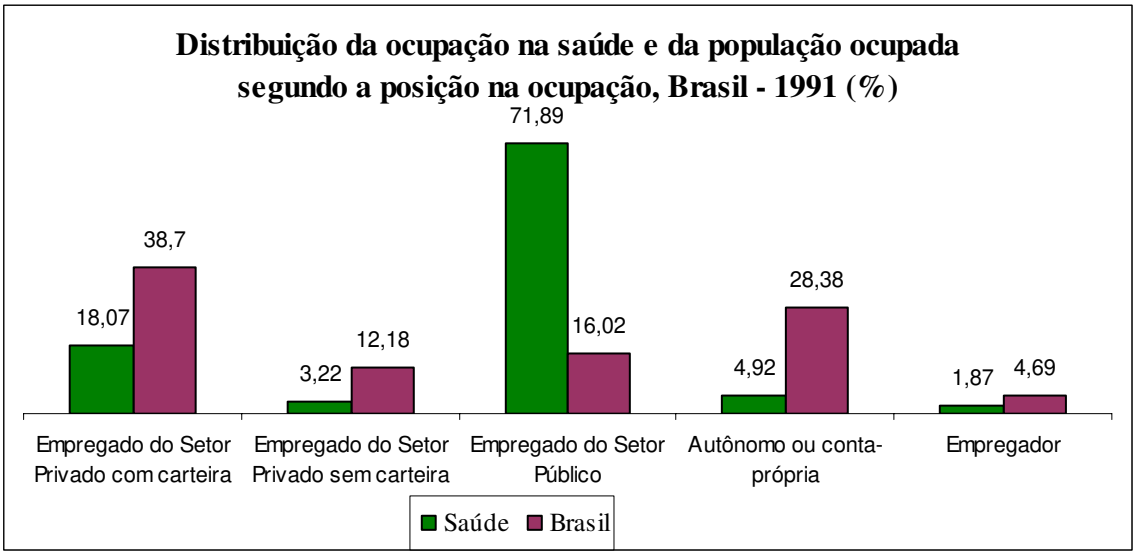
Na região Sudeste, de acordo com Dedecca *et al* (2005b: 76), "estavam os rendimentos mais elevados do país e as menores diferenças de remuneração entre os sexos". Os autores mostram ainda que, "em contrapartida, no Nordeste encontravam-se os níveis mais baixos de renda do ocupados na saúde, para ambos os gêneros".

Rendimento segundo a posição na ocupação

Um importante aspecto a ser considerado para entender como são determinadas as diferenças de rendimentos entre os trabalhadores é a sua posição na estrutura ocupacional do setor. O setor de saúde, como já se fez menção anteriormente, caracteriza-se pelo alto grau de formalização dos seus empregos, como se pode confirmar pelos dados dos Censos Demográficos apresentados a seguir.

Ao examinar os dados de 1991 (gráfico 6), retira-se uma primeira informação relevante: existia, naquele momento, uma elevada participação do setor público como empregador no setor de saúde. Se para o total de ocupados no Brasil a parcela de empregados do setor público era de 16,02%, na saúde este número chegou a 71,89%. Os ocupados da saúde que se encontravam no setor privado e que contavam com carteira assinada também formavam um segmento respeitável (18%).

Gráfico 6



Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

Vê-se, com certa nitidez, que o setor de saúde obtinha, em 1991, uma melhor distribuição da ocupação segundo a posição na ocupação. No mercado geral de trabalho havia uma elevada

concentração de trabalhadores autônomos ou por conta-própria (cerca de 28,4%), enquanto o setor de saúde possuía apenas 4,92% de ocupados nesta condição.

Este melhor perfil das ocupações de saúde fica claro a partir das palavras de Dedecca *et al* (2005b: 81):

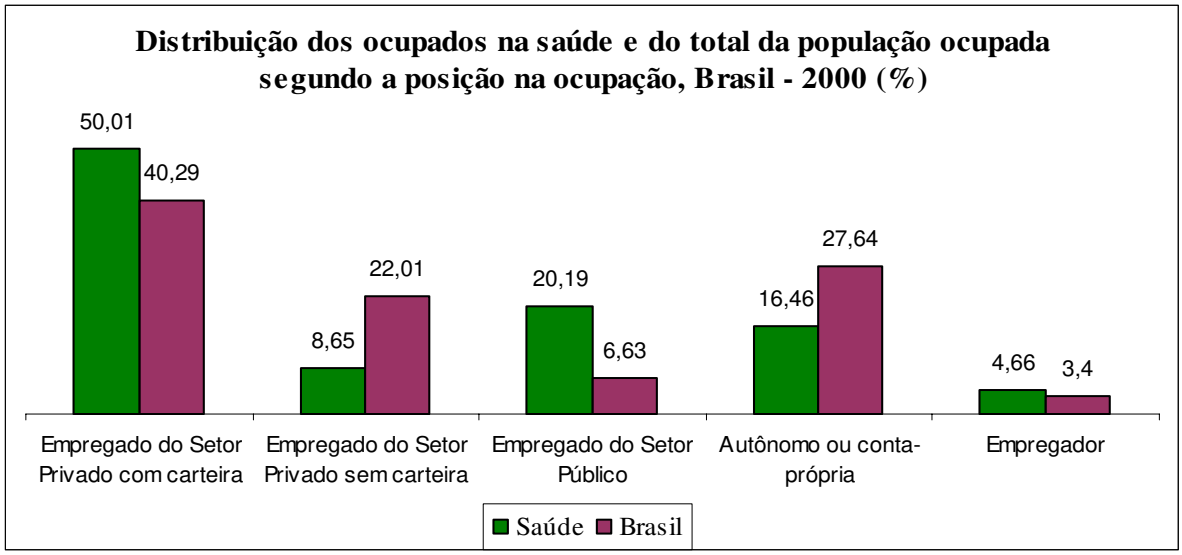
> (...) ao reunir mais de 90% de trabalhadores do setor público e do privado com carteira profissional, os dados mostram que o setor saúde se sobressaiu no contexto geral pelo grau de formalização dos seus empregos, pois uma das características distintivas do setor reside justamente na regulação mais consistente da sua mão-de-obra em face da maior parte das atividades econômicas.

A distribuição dos ocupados segundo a posição na ocupação se alterou sensivelmente ao longo da década de 1990. De acordo com os dados do Censo de 2000 (gráfico 7), caiu significativamente o peso do setor público como empregador – tanto no mercado geral de trabalho quanto no setor de saúde. Em 2000, 20,19% dos ocupados em saúde e apenas 6,63% do total da população ocupada se encontrava no setor público.

Ampliou-se sobremaneira o papel do setor privado na absorção do contingente da força de trabalho. Aproximadamente 50% dos empregados em saúde pertenciam ao setor privado e possuíam carteira de trabalho assinada. A proporção de trabalhadores do setor privado com carteira assinada no total dos ocupados do Brasil também registrou um leve acréscimo, passando a ser de 40,29%.

Cabe ressaltar que, na outra ponta, é possível enxergar ainda um movimento de precarização do trabalho no setor de saúde. A despeito da melhor situação dos ocupados em saúde em relação aos ocupados do mercado geral de trabalho, nota-se que, no período estudado, houve uma deterioração das relações de trabalho, uma vez que avançou de forma significativa um conjunto de ocupações com menor grau de proteção social. O trabalho não-formal atingiu, em 2000, 25,11% do total de ocupados no setor de saúde (sendo 8,65% de empregados do setor privado sem carteira de trabalho assinada e 16,46% de trabalhadores autônomos ou por conta-própria).

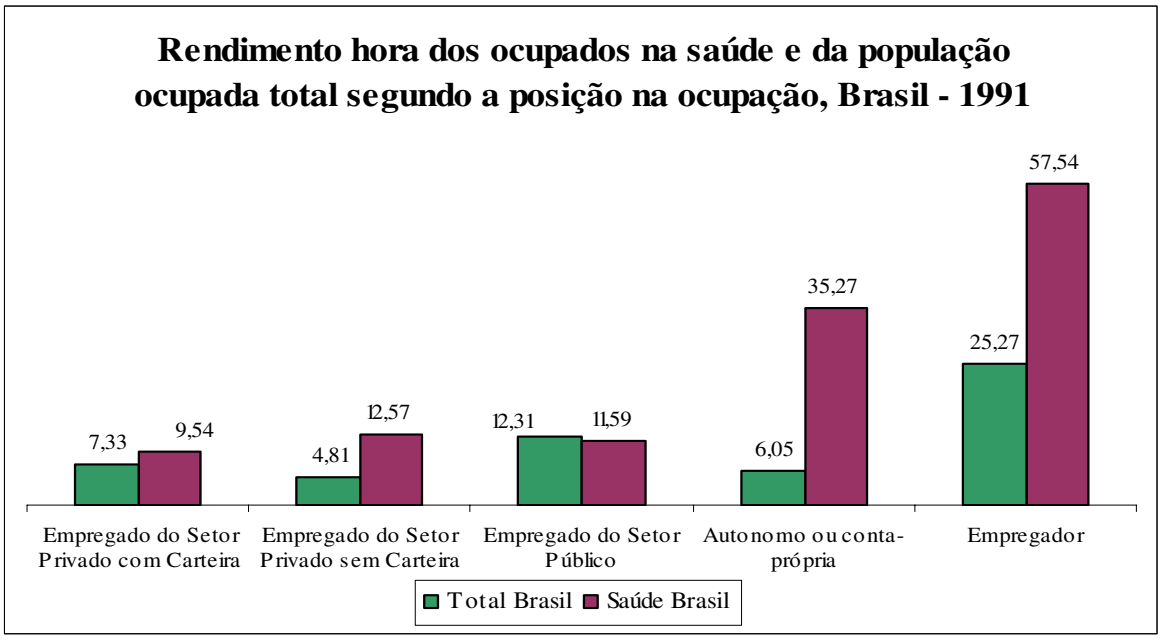
Gráfico 7



Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

Por outro lado, faz-se necessária uma qualificação desta discussão sobre as ocupações não-formais no âmbito do setor de saúde. Nem sempre os trabalhadores sem carteira, autônomos ou por conta própria estão em uma situação desfavorável em relação aos seus pares, muito pelo contrário. O gráfico abaixo (gráfico 8) mostra como, em 1991, havia um elevado rendimento médio por hora entre os ocupados na saúde de forma autônoma ou por conta-própria (R$ 35,27, contra somente R$ 6,05 obtidos, em média, pelo total de pessoas ocupadas na mesma situação). No caso dos trabalhadores sem-carteira, percebe-se que o rendimento dos ocupados na saúde era mais que o dobro dos ocupados no conjunto das atividades econômicas.

Gráfico 8



Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

A explicação é simples. Nesta condição estão milhares de "profissionais liberais", que oferecem seus serviços de forma autônoma, exercendo suas profissões por conta-própria, e perpetuando aquele tipo de trabalho, insistentemente discutido no capítulo 1, que possui um caráter essencialmente artesanal. Estes trabalhadores estão, na verdade, buscando defender uma remuneração compatível com suas formações, ainda que para isso estejam se sujeitando a formas alternativas de vinculação institucional ou mesmo utilizando formas autônomas de prestação de serviços, com alguma perda no que toca ao grau de proteção social.

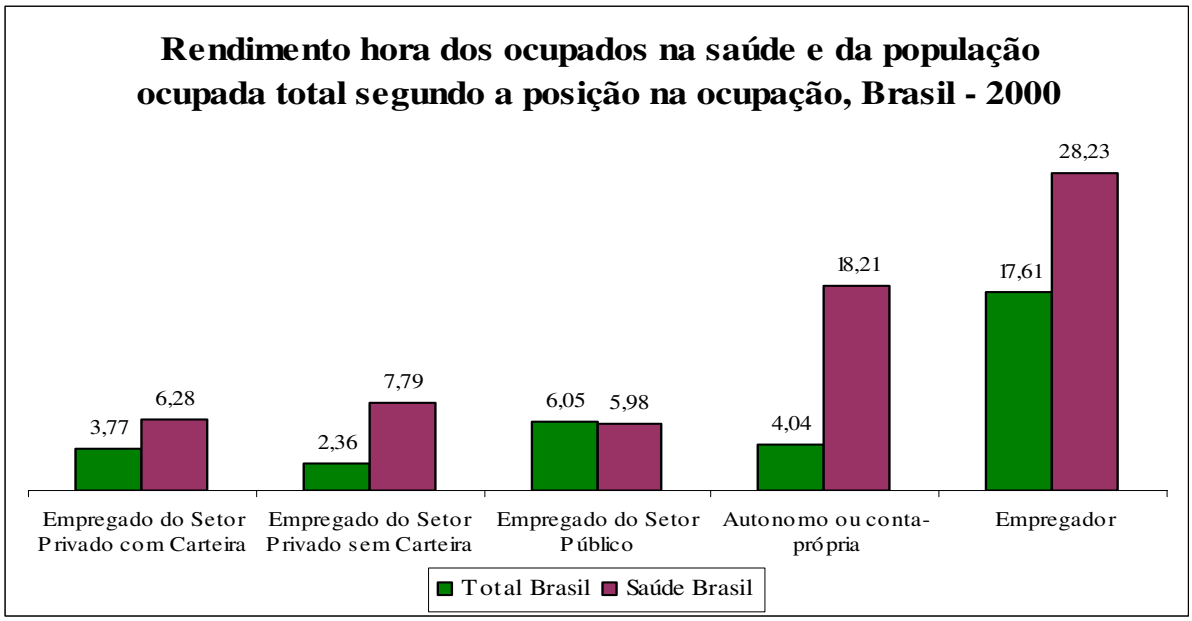
Na visão de Dedecca *et al* (2005b: 85), a melhor condição destes trabalhadores está associada aos seus maiores níveis de escolaridade:

> Esta situação aparentemente contraditória se deve ao tipo de profissional que ocupa a função de autônomo ou conta-própria, notadamente profissionais com curso de nível superior, como médicos, dentistas e enfermeiros com diploma universitário. Isso se explica em parte pelo fato de que nesse setor o trabalho dos não-formais não se traduz em trabalho precário, tal como ocorre na maior parte das atividades econômicas.

No ano 2000 a situação não era diferente (ver gráfico 9). Em relação aos demais ocupados, continuavam altos os rendimentos auferidos pelos empregadores do setor de saúde

(aproximadamente R$ 28,23 por hora), assim como os rendimentos dos trabalhadores autônomos ou por conta-própria (R$ 18,21 por hora).

Gráfico 9



Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

Ademais, cabe ressaltar que os rendimentos médios (por hora) recebidos pelos ocupados do setor de saúde foram maiores do que os recebidos pelo total da população ocupada em praticamente todas as posições na estrutura ocupacional (a exceção fica por conta dos rendimentos dos trabalhadores do setor público, que são praticamente iguais nos dois cortes, com uma pequena vantagem para o conjunto dos ocupados – que recebiam, em média, cerca de 6,05 reais por hora – em relação aos ocupados em saúde – que auferiam R$ 5,98 por hora).

Diante do exposto até aqui, caberia então discutir, a partir dos dados existentes para as principais ocupações que compõem o núcleo do setor de serviços de saúde brasileiro, alguns aspectos que são abordados de forma recorrente pela literatura da área de trabalho em saúde.

2.2.4 – As principais ocupações do núcleo do setor de saúde

Dentre as principais ocupações do núcleo do setor de saúde foram escolhidas, pelo critério de representatividade, as seguintes: Médicos; Cirurgiões Dentistas; Enfermeiros; Psicólogos; Fisioterapeutas e assemelhados; Técnico em Enfermagem; Auxiliares de Enfermagem; Técnicos em fisioterapia; Agentes de saúde; Supervisores dos serviços de saúde; Farmacêuticos; Assistentes sociais; e Atendentes de creches e acompanhantes de idosos.

A soma destas ocupações, em 2000 e 2002, representava cerca de 67% do total das ocupações de saúde[46]. Dentre as ocupações selecionadas, as que mais geraram postos de trabalho em 2002 foram, respectivamente, as de atendentes de creches e acompanhante de idosos (18,6% do total), técnicos de enfermagem (12,8%), agentes de saúde (8,1%), auxiliares de enfermagem (7,6%) e médicos (6,8%).

[46] Os dados para 1991 não são representativos, em função de problemas metodológicos na construção da matriz que possibilitaria estimar o total do emprego em saúde.

A análise da tabela 15 permite ainda estimar a assimetria de remuneração entre as ocupações selecionadas. Os médicos ganhavam quase 7 vezes mais em relação à média de remuneração do mercado de trabalho nacional, os cirurgiões dentistas também apresentavam situação bastante favorável (4,7 vezes mais que a média), assim como também eram consideráveis os diferenciais em favor dos psicólogos e fisioterapeutas (3,85 e 3,03, respectivamente).

Tabela 15
Participação das ocupações selecionadas e estrutura de remuneração em relação à remuneração média do mercado de trabalho

	% da ocupação			Estrutura de Remuneração	
Ocupação	Censo 1991	Censo 2000	Pnad 2002	Censo 1991	Censo 2000
Médicos	3,8	7,0	6,8	6,82	6,66
Cirurgiões Dentistas	2,5	5,4	4,3	4,74	4,70
Enfermeiros	0,8	1,9	2,1	2,74	2,48
Psicólogos	0,5	2,2	1,0	3,83	3,85
Fisioterapeutas e assemelhados	1,3	1,8	1,6	2,28	3,03
Técnico em Enfermagem	11,3	15,0	12,8	0,00	0,98
Auxiliares de Enfermagem	n.d.	7,6	7,6	0,96	0,80
Técnicos em fisioterapia	3,2	0,7	0,8	0,74	1,98
Agentes de saúde	1,3	5,8	8,1	0,87	0,75
Supervisores dos serviços de saúde	1,5	0,1	0,0	0,47	0,90
Farmacêuticos	0,4	1,6	0,8	3,03	2,80
Assistentes sociais	1,2	2,9	2,9	2,17	1,74
Atend de creches e acomp de idosos	1,4	14,5	18,6	0,31	0,33
% no total das ocup. principais	**29,2**	**66,6**	**67,5**	-	-
Total – merc. de trabalho nacional	**-**	**-**	**-**	1,00	1,00

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censos Demográficos e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad).

Do outro lado, chama a atenção o fato de que a ocupação que gera o maior número de postos de trabalho em saúde (atendentes de creches e acompanhante de idosos) eram remunerados em pouco mais de 30% da média do mercado de trabalho nacional. Da mesma forma, os agentes de saúde, um dos pilares da política de saúde nacional, recebiam, em 2000, cerca de 75% da média nacional. Os técnicos e auxiliares de enfermagem, igualmente, recebiam menos que a média do mercado de trabalho brasileiro.

A distribuição das ocupações selecionadas por gênero revela a expressiva participação feminina no setor de saúde, que chegou, no ano de 2002, a ser de mais de 90% no caso dos enfermeiros, dos psicólogos e dos atendentes de creches e acompanhantes de idosos. Um número bastante elevado de mulheres também é observado nas ocupações de enfermagem (88,8% dos técnicos e 80,4% dos auxiliares), fisioterapeutas (86,4%), e assistentes sociais (85,2%).

Por outro lado, os dados indicam que, apesar da tendência decrescente, ainda há uma certa concentração de homens em um tipo de ocupação considerada muito importante no interior do núcleo do setor de saúde: os médicos. Em 1991, cerca de 67% dos médicos eram homens. No ano 2000 este percentual se reduziu ligeiramente, chegando a 64,1%. Em 2002, as mulheres já eram responsáveis por 48% das ocupações (tabela 16).

No que tange ao diferencial de rendimento, "(...) mais uma vez os dados de rendimento mostram a tendência das mulheres sistematicamente receberem menos que os homens" (Dedecca *et al*, 2005b: 123). São raras as exceções à regra. O diferencial de rendimento entre as ocupações estudadas girou em torno de 22% no ano de 1991 e 16% em 2000. Até mesmo ocupações regulamentadas, como os médicos, apresentam um diferencial significativo (cerca de 31% em 1991 e 24% no ano 2000).

Tabela 16
Distribuição das Ocupações Selecionadas por Gênero

	Censo 1991		Censo 2000		Pnad 2002	
Ocupação	**H**	**M**	**H**	**M**	**H**	**M**
Médicos	67,0	33,0	64,1	35,9	52,0	48,0
Cirurgiões Dentistas	57,6	42,4	49,1	50,9	42,4	57,6
Enfermeiros	6,7	93,3	9,6	90,4	9,4	90,6
Psicólogos	13,2	86,8	10,2	89,8	9,0	91,0
Fisioterapeutas e assemelhados	19,2	80,8	14,6	85,4	13,6	86,4
Técnico em Enfermagem	14,7	85,3	13,1	86,9	11,2	88,8
Auxiliares de Enfermagem	n.d.	n.d.	22,8	77,2	19,6	80,4
Técnicos em fisioterapia	7,1	92,9	22,1	77,9	24,3	75,7
Agentes de saúde	60,7	39,3	45,8	54,2	38,7	61,3
Supervisores dos serviços de saúde	82,0	18,0	43,5	56,5	n.d.	100,0
Farmacêuticos	31,1	68,9	36,4	63,6	39,4	60,6
Assistentes sociais	9,3	90,7	16,5	83,5	14,8	85,2
Atend de creches e acomp de idosos	2,4	97,6	2,3	97,7	3,5	96,5

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censos Demográficos e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)

Tabela 17
Diferencial de remuneração das mulheres em relação aos homens nas ocupações selecionadas da saúde

Ocupação	**Censo 1991**	**Censo 2000**
Médicos	-31%	-24%
Cirurgiões Dentistas	-10%	-19%
Enfermeiros	6%	5%
Psicólogos	-10%	-15%
Fisioterapeutas e assemelhados	1%	-12%
Técnico em Enfermagem	-19%	-8%
Auxiliares de Enfermagem	nd	-12%
Técnico em fisioterapia	-48%	-19%
Agentes de saúde	-26%	-49%
Supervisores dos serviços de saúde	8%	-24%
Farmacêuticos	-22%	-25%
Assistentes sociais	0%	46%
Atend de creches e acomp de idosos	-46%	-56%
Média total do mercado de trabalho Nacional	-22%	-16%

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censos Demográficos.

É bastante acentuada a participação de profissionais de nível superior no núcleo do setor de saúde (médicos, cirurgiões dentistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e farmacêuticos) (ver tabela 18). As demais ocupações contam também com elevado nível médio de escolaridade formal. A exceção mais uma vez fica por conta dos atendentes de creches e acompanhantes de idosos; 55% destes ocupados ainda não haviam sequer concluído o ensino fundamental (antigo primeiro grau).

Tabela 18
Distribuição das ocupações selecionadas por Faixas de Escolaridade (Censo de 2000)

Ocupação	Analfa-betos	1º Grau incomp.	1º Grau comp.	2º Grau incomp.	2º Grau comp.	Superior
Médicos	0,1	0,6	0,2	0,3	0,6	98,2
Cirurgiões Dentistas	0,1	0,7	0,2	0,2	0,5	98,3
Enfermeiros	0,2	3,2	0,8	2,2	1,3	92,4
Psicólogos	0,2	0,4	0,4	0,1	1,3	97,6
Fisioterapeutas e assem.	0,1	13,4	0,4	0,5	0,9	84,6
Técnico em Enfermagem	0,4	8,9	13,6	9,9	56,3	10,9
Auxiliares de Enfermagem	0,9	16,0	18,7	11,1	43,2	10,1
Técnico em fisioterapia	0,5	10,4	11,7	6,3	29,9	41,3
Agentes de saúde	1,2	21,4	12,7	14,0	41,3	9,4
Superv. dos serv. de saúde	0,5	13,9	73,3	1,7	8,1	2,5
Farmacêuticos	0,4	4,0	0,6	2,6	1,9	90,4
Assistentes sociais	0,7	9,2	5,4	5,1	19,9	59,6
Atend creches e ac. de idosos	4,0	55,1	15,0	11,7	12,8	1,5

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico.

Ao analisar os dados de distribuição das ocupações selecionadas de acordo com a posição na ocupação, percebe-se que 43,2% dos médicos estão em postos formais de trabalho (30,2% no setor privado e 13% no setor público). Outros 13% são empregados do setor privado, mas não contam com carteira de trabalho assinada, 12,5% são empregadores e 26,5% são autônomos ou trabalham por conta-própria (ver tabela 19).

O grupo que conta com maior grau de formalidade é composto pelos enfermeiros (76,1% pertencem ao setor privado com carteira ou ao setor público), técnicos e auxiliares de enfermagem (75,6% e 73,5%, respectivamente), agentes de saúde (72,5%), supervisores dos serviços de saúde (83,2%), farmacêuticos (59,6%) e assistentes sociais (68,8%).

Outro grupo que chama a atenção é o formado pelos cirurgiões dentistas, pelos psicólogos e pelos técnicos em fisioterapia, que se caracterizam pelo maior percentual de ocupados que estão na situação de autônomos ou por conta-própria (44%, 41,9% e 44,5%, respectivamente). Os dentistas, inclusive, assumem também a posição de empregadores, em 23,5% dos casos. Esta situação é bastante próxima da realidade, por se tratar de ocupações que são exercidas, em grande parte dos casos, em consultórios particulares. Por fim, merece ser citada a ocupação que se caracteriza por sua inserção não-formal: os atendentes de creches e acompanhantes de idosos, cuja participação de trabalhadores domésticos em 2000 chegou a 40,8% e o emprego sem carteira ultrapassou os 30%.

A partir da tabela 20 é possível afirmar que existe um diferencial de remuneração determinado pela posição na ocupação. Por exemplo, os médicos que estavam na condição de empregador no ano 2000 auferiam uma remuneração 56% maior que a média da categoria. Os médicos autônomos ou que trabalhavam por conta–própria recebiam 21% a mais que a média. No outro extremo, os empregados sem carteira de trabalho assinada recebiam, naquele ano, cerca de 30% a menos que a média, situação semelhante se encontrava no setor público (25% a menos) e no emprego com carteira (18% abaixo da média).

Tabela 19
Distribuição das ocupações selecionadas por Posição na Ocupação – Censo 2000

	Trab. Dom.	Empr. do S. Priv. com Cart.	Emp. do S. Priv. sem Cart.	Emp. do S.Público	Empre-gador	Aut. ou conta-própria
Médicos	4,8	30,2	13,0	13,0	12,5	26,5
Cirurgiões Dentistas	1,7	10,3	5,8	6,7	23,5	51,9
Enfermeiros	9,1	57,2	11,7	18,9	0,7	2,4
Psicólogos	3,1	25,6	9,8	10,1	7,4	44,0
Fisioterapeutas e assem.	3,3	24,2	12,6	6,8	11,2	41,9
Técnico em Enfermagem	9,1	60,3	11,3	15,3	0,3	3,7
Auxiliares de Enfermagem	9,6	58,2	16,4	15,3	-	0,6
Tec em fisioterapia	3,0	29,8	16,7	4,2	1,9	44,5
Agentes de saúde	10,3	39,0	17,1	33,5	-	0,1
Superv. dos serv. de saúde	8,1	80,1	8,7	3,1	-	-
Farmacêuticos	6,4	51,9	6,9	7,7	15,6	11,5
Assistentes sociais	7,4	45,2	18,2	23,6	0,7	4,9
Atend creches e acomp idosos	40,8	18,1	30,3	-	0,5	10,4
Total do merc. de trab. nacional	11,0	36,2	16,9	5,2	7,8	22,9

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico

Tabela 20
Diferencial das Remunerações das ocupações selecionadas por Posição na Ocupação em relação à média – Censo 2000

	Trab. Dom.	Empr. do S. Priv. com Cart.	Emp. do S. Priv. sem Cart.	Emp. do S.Público	Empre-gador	Aut. ou conta-própria
Médicos	nd	-18%	-30%	-25%	56%	21%
Cirurgiões Dentistas	nd	-17%	-38%	-13%	30%	-4%
Enfermeiros	nd	-3%	-8%	7%	-3%	-5%
Psicólogos	nd	-32%	-31%	-27%	54%	26%
Fisioterapeutas e assemelhados	nd	-17%	-24%	-11%	39%	7%
Técnico em Enfermagem	nd	-7%	-18%	19%	nd	14%
Auxiliares de Enfermagem	nd	-5%	-25%	24%	nd	nd
Tec em fisioterapia	nd	-48%	-26%	-6%	nd	36%
Agentes de saúde	nd	8%	nd	-1%	nd	nd
Supervisores dos serv. de saúde	nd	-1%	-7%	27%	nd	nd
Farmacêuticos	nd	-19%	-33%	12%	61%	13%
Assistentes sociais	nd	-5%	-37%	13%	52%	53%
Atend creches e acomp idosos	-77%	-6%	-77%	nd	nd	-63%

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico.

Condições idênticas às encontradas pelos médicos eram compartilhadas, no ano 2000, pelos cirurgiões dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e assistentes sociais, que também conseguiram alcançar maiores níveis de remuneração através das formas de inserção tipicamente "liberais".

De outra parte, as ocupações que se caracterizavam pela formalidade encontravam no setor público a remuneração mais atraente. O exemplo fica por conta dos supervisores dos serviços de saúde, que recebem, no setor público, uma remuneração 27% maior do que a média da categoria. Por fim, ocupações como a dos atendentes de creches e acompanhantes de idosos, consideradas como tipicamente não-formais, apresentaram, no ano 2000, uma remuneração bem abaixo da média.

Sinteticamente, pode-se dizer que as ocupações do setor de saúde contam com um perfil claramente mais favorável quando comparadas com o conjunto de ocupações urbanas. Além de possuir um nível de escolaridade maior, os ocupados em saúde auferem rendimentos que, em média, são superiores aos verificados pelo mercado geral de trabalho. Ademais, no que tange à posição na ocupação, as ocupações de saúde se caracterizam por uma maior formalização dos empregos, o que significa, na maior parte das vezes, condições de trabalho mais dignas.

Não obstante, as bases de dados oficiais não captam o conjunto de transformações ocorridas ao longo da década de 1990, que foram responsáveis pela acentuação dos movimentos de flexibilização – e por que não dizer, de precarização – do trabalho que já existiam no interior do setor de saúde, mas que eram significativamente menores do que as existentes no mercado geral de trabalho. Sendo assim, resta explicitar a natureza e as causas dessa flexibilidade, buscando explicações nas tendências dos sistemas de saúde (no Brasil e no mundo), no comportamento recente da economia brasileira e nas alterações do mercado geral de trabalho.

CAPÍTULO 3

FORMAS DE ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE

Dedecca *et al* (2005b: 06) mostram que "a complexidade da estrutura ocupacional do setor [saúde] é caracterizada tanto por um segmento que conforma um mercado interno de trabalho, fortemente regulado pela esfera pública, como por outro que tem completa aderência ao mercado geral de trabalho". Tendo isso em mente, pretende-se apresentar o conjunto de transformações no que se refere à gestão da força de trabalho no Brasil, que se assenta em um quadro macroeconômico de ajuste estrutural extremamente desfavorável. Para tanto, analisa-se o processo recente de (des) estruturação e (des) regulamentação do mercado geral de trabalho, ocorrido principalmente a partir da década de 1990, considerando principalmente as reformas trabalhistas empreendidas durante o governo de Fernando Henrique Cardoso.

Em seguida, discute-se em que medida se pode estender essa análise ao caso mais específico do setor de serviços de saúde. Para isso, apresentam-se as particularidades do setor no processo de flexibilização das relações de trabalho, fazendo a inevitável associação com o desenho institucional do sistema de saúde brasileiro. O objetivo deste capítulo é, portanto, avançar no sentido de explicitar um novo movimento de acentuação da precarização do mercado de trabalho em saúde, que fica evidente em função do amplo processo – que ocorreu ao longo da década de 1990 – de elevação do grau de flexibilização da remuneração e das modalidades de vinculação do trabalho em saúde.

3.1 – Transformações estruturais da economia e impactos sobre o trabalho

Nos últimos 25 anos a economia brasileira tem passado por constrangimentos macroeconômicos que, em vários aspectos, estão associados com o passado recente da formação do Estado capitalista brasileiro. Mais especificamente, com a forma que se processou a industrialização no Brasil, pela sua inserção passiva no cenário internacional e pela paulatina alteração na forma de pensar o papel do Estado como indutor do desenvolvimento. Ademais, soma-se a isso a ruptura do padrão de financiamento da economia brasileira vigente até o final da década de 1970 – que era baseado na atração de recursos externos de longo prazo –, o que trouxe como principais conseqüências o entrave às políticas macroeconômicas, através da diminuição da 'margem de manobra' dos *policy makers* (reduzem-se as alternativas de política econômica, o Estado passa a ficar preso às amarras do capital e sob os ditames dos organismos multilaterais), da desregulamentação de direitos, da flexibilização das relações de trabalho e do contínuo processo de desmonte dos mecanismos de financiamento das políticas sociais (BALTAR, 2003; FAGNANI, 1999).

A economia brasileira, nos últimos anos, tem apresentado taxas de crescimento desprezíveis, com uma relativa estagnação do produto *per capita* e a sensível diminuição do investimento produtivo. Ao longo dos últimos anos a interação desses fatores inviabilizou sobremaneira a retomada do crescimento econômico. A política de elevação sistemática das taxas de juros criou uma ciranda financeira que terminou por promover uma alta carga tributária, a diminuição dos investimentos produtivos, desemprego e uma "necessidade" crescente de alcançar superávits primários – para saldar parte dos compromissos da dívida –, prejudicando significativamente ou mesmo inviabilizando os investimentos públicos em infra-estrutura e em políticas de caráter social.

O Brasil, visivelmente, encontra-se num impasse intransponível, por estar assentado em um regime de baixo dinamismo. A taxa de juros, num contexto de abertura financeira, é determinada externamente, e tem sido mantida em patamares elevados, para alcançar o objetivo da estabilidade econômica a qualquer preço. Os *superávits* primários, que tem um efeito meramente paliativo, deprimem a atividade econômica e adiam os dispêndios realmente prioritários para o país. Por outro lado, a necessidade de crescimento econômico esbarra nas restrições colocadas pelas contas externas.

Durante o Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), apesar do discurso, o desenvolvimento social foi solapado pelos altos custos macroeconômicos da estabilização econômica, e as reformas trabalhistas empreendidas alteraram as formas de contratação, de determinação da remuneração e do uso do tempo do trabalho no Brasil. Fagnani (1999) mostra que, nesse período, o desequilíbrio no Balanço de Pagamentos e a dívida pública interna atingiram níveis muito elevados, que inviabilizaram ações que promovessem a retomada do crescimento sem pôr em risco a estabilidade econômica. Adicionalmente, as fontes de financiamento do gasto social – basicamente contributivas – foram comprometidas, em função da desestruturação do mercado de trabalho, estruturalmente afetado pelo baixo dinamismo econômico.

É justamente neste contexto que, a partir dos anos 1990, como mostram Quintana *et al* (2002: 191), os mercados de trabalho na América Latina e Caribe manifestaram cinco tendências: a) crescimento do trabalho informal; b) absorção de empregados em atividades do setor de serviços; c) maior demanda por mão-de-obra qualificada; d) maior flexibilidade nas relações individuais de trabalho, com a proliferação de formas "atípicas" de contratação; e) tendência a tirar da mão do Estado a regulação dos mercados de trabalho, que passa agora a ser feita no âmbito da empresa.

Apresentando de forma bastante esquemática os argumentos de Cardoso Jr. (2001: 08 e 15) é possível constatar que a desarticulação do modelo brasileiro de desenvolvimento industrial promoveu também uma certa *ruptura do padrão de estruturação do mercado de trabalho*, iniciada na década de 1980 e aprofundada na década seguinte, sob a hegemonia da política neoliberal. Segundo o autor, seis fenômenos, bastante interligados, conformam essa ruptura e o novo quadro de "desestruturação" do mercado de trabalho brasileiro: a) o perfil setorial das ocupações urbanas, que apontam para o crescimento patológico do setor terciário (comércio e serviços); b) o alargamento dos segmentos considerados pouco estruturados do mercado de trabalho, com o predomínio da informalidade nas relações de trabalho; c) a tendência de precarização ou perda de qualidade dos postos de trabalho; d) a estagnação das remunerações provenientes do trabalho, especialmente dos segmentos assalariados; e) a piora da distribuição funcional e pessoal da renda; f) ampliação do número de desocupados e de trabalhadores na condição de desemprego aberto.

A título de ilustração, a tabela abaixo (tabela 21) identifica pelo menos quatro subperíodos entre 1981 e 1999 no que diz respeito à posição na ocupação. No início da década de 1980, mais precisamente entre 1981 e 1985, o Brasil atravessava uma recessão[47] que acarretou o crescimento das ocupações pouco estruturadas do mercado de trabalho. Os trabalhadores sem carteira, por conta própria e não remunerados cresceram, em média, 3,3% ao ano, enquanto as ocupações mais estruturadas – com carteira, funcionários públicos e militares – cresceram cerca de 2,9% ao ano. Entre 1986 e 989 a situação se inverte, e o núcleo estruturado passa a crescer 2,9% ao ano ante o crescimento de apenas 1,0% das ocupações pouco estruturadas.

Tabela 21

Taxas de Variação do Pessoal Ocupado por Posição na Ocupação
Brasil - 1981/1999

	Subperíodos Selecionados						
Posição na Ocupação	**1981/85**	**1986/89**	**1990/93**	**1995/99**	**1981/89**	**1990/99**	**1981/99**
Com carteira	13,2	10,8	-10,3	1,6	35,2	-6,3	24,7
Funcionário Público e Militar	29,6	20,3	36,8	2,3	63,5	57,6	179,0
Subtotal: núcleo estruturado	**14,7**	**11,8**	**-4,8**	**1,8**	**37,8**	**1,2**	**38,8**
Sem carteira	19,4	1,5	17,0	5,8	23,1	26,0	57,1
Conta Própria	16,3	3,6	6,2	5,7	24,5	22,3	62,4
Não Remunerado	10,8	12,0	30,1	-5,9	1,9	20,9	32,3
Sub total: núcleo pouco estruturado	**16,6**	**3,9**	**14,3**	**3,8**	**19,9**	**23,6**	**54,8**
Empregador	16,8	35,6	-13,9	6,9	74,6	6,2	104,5
Total	**15,8**	**8,3**	**4,9**	**3,1**	**29,0**	**13,3**	**49,8**

	Taxas Médias de Crescimento por Ano						
Posição na Ocupação	**1981/85**	**1986/89**	**1990/93**	**1995/99**	**1981/89**	**1990/99**	**1981/99**
Com carteira	2,6	2,7	-2,6	0,3	3,9	-0,6	1,3
Funcionário Público e Militar	5,9	5,1	9,2	0,5	7,1	5,8	9,4
Subtotal: núcleo estruturado	**2,9**	**2,9**	**-1,2**	**0,4**	**4,2**	**0,1**	**2,0**
Sem carteira	3,9	0,4	4,2	1,2	2,6	2,6	3,0
Conta Própria	3,3	0,9	1,5	1,1	2,7	2,2	3,3
Não Remunerado	2,2	3,0	7,5	-1,2	0,2	2,1	1,7
Sub total: núcleo pouco estruturado	**3,3**	**1,0**	**3,6**	**0,8**	**2,2**	**2,4**	**2,9**
Empregador	3,4	8,9	-3,5	1,4	8,3	0,6	5,5
Total	**3,2**	**2,1**	**1,2**	**0,6**	**3,2**	**1,3**	**2,6**

	Cenário Macroeconômico						
	1981/85	**1986/89**	**1990/93**	**1995/99**	**1981/89**	**1990/99**	**1981/99**
Tx cresc. real médio PIB	1,4	3,5	0,3	3,3	2,3	2,0	2,1
Tx. cresc. nom. médio PIB *per capita*	-4,2	16,4	0,6	0,8	5,0	2,9	3,9

Fontes: PNAD 1981/1998 e Conjuntura Econômica (FGV), vários números. Extraído de Cardoso Jr. (2001: 26).

No início da década de 1990 (entre 1990 e 1993), o núcleo estruturado do mercado de trabalho teve um decréscimo de 1,2% ao ano, sendo influenciado pela grande diminuição de trabalhadores com carteira (-2,6% ao ano). O núcleo menos estruturado, por sua vez, cresceu 3,6% ao ano, influenciado sobremaneira pelo alto crescimento do número de trabalhadores não-remunerados. No período que vai de 1995 a 1999, de estabilização de preços e certo crescimento econômico, verifica-se uma diminuição da elasticidade do emprego em relação ao produto, e o emprego no segmento estruturado cresceu somente 0,4% ao ano. O núcleo

[47] O contexto econômico era bastante desfavorável, com queda do produto (notadamente em 1981), elevação do desemprego aberto, inflação (principalmente dos bens transacionáveis), e bloqueios à importação, num esforço para obter saldos comerciais positivos que permitissem fazer frente ao serviço da dívida.

pouco estruturado do mercado de trabalho cresceu, nesse período, 0,8% ao ano, com certa queda do trabalho não-remunerado (-1,2% ao ano), e elevação dos trabalhadores sem carteira e por conta própria[48] (1,2% e 1,1% ao ano, respectivamente).

Por outro lado, o processo de "desregulamentação" do mercado de trabalho no Brasil, nas palavras de Cardoso Jr. (2001: 43), caracteriza-se por um conjunto de medidas legais que convergem para promover a flexibilização das condições de uso e de remuneração da força de trabalho, algumas modificações nos marcos de proteção e assistência à força de trabalho, e também nas estruturas sindical e da Justiça do Trabalho.

Nesse sentido, o trabalho de Krein (2003) foca sua análise nas mudanças legislativas e seus principais impactos sobre o sistema de relações de trabalho brasileiro, apontando modificações significativas que foram implantadas com a reforma trabalhista de FHC, e que se desdobram em cinco aspectos: determinação da remuneração, jornada de trabalho, forma de contratação dos trabalhadores, forma de solução dos conflitos e descentralização das negociações. Foram introduzidas mudanças que aprofundam a flexibilidade do – já flexível – sistema de relações de trabalho brasileiro. Krein (2003: 282-283) classifica essas flexibilidades em: a) numérica ou quantitativa; b) funcional; e c) procedimental, no que se refere às formas de solução de conflitos. A seguir são apresentadas, ainda que de forma sintética, as características básicas de cada uma delas.

A flexibilidade numérica diz respeito à ampliação da liberdade da empresa demitir e empregar de acordo com as necessidades de produção, reduzindo custos. As principais medidas de flexibilização numérica implantadas foram a possibilidade de contratação por prazo determinado (que muda os critérios de rescisão contratual e reduz as contribuições sociais[49]), de criação de cooperativas de trabalho (que possibilita a organização de trabalhadores sem caracterização de vínculo formal e, portanto, sem direitos trabalhistas), contrato parcial, suspensão de contrato por até cinco meses (*lay off*), trabalho-estágio, contrato de aprendizagem, e a denúncia da convenção coletiva 158 da OIT (que elimina mecanismos que inibiam a demissão imotivada). O contrato por prazo determinado, por tempo parcial e o *lay off* foram iniciativas que obtiveram pouca efetividade na criação de postos de trabalho formais. Entretanto, as medidas que promoviam a proliferação de ocupações precárias, como as cooperativas de mão de obra e o trabalho terceirizado, tiveram ampla utilização (KREIN, 2003: *passim*).

A flexibilidade funcional objetiva o ajuste do uso da força de trabalho, no que se refere à jornada de trabalho, às funções exercidas pelos trabalhadores e a sua remuneração, com uma clara tendência de descentralização e individualização da sua forma de determinação. O fim da indexação salarial[50] e das cláusulas de reajuste automático e a nova possibilidade de negociação dos reajustes no âmbito da categoria modificaram o tema central das negociações coletivas, que passaram a apenas discutir a Participação nos Lucros e Resultados (PLR). As principais características dessa forma de flexibilização dos salários são a focalização da

[48] A respeito do crescimento dos trabalhadores por conta própria na década de 1990 ver Baltar (2003: 127-130).
[49] O quadro 3.1, anexo, traz um interessante comparativo entre as verbas rescisórias relativas aos contratos por prazo indeterminado e aos contratos por prazo determinado, mostrando as perdas em termos salariais dos trabalhadores ao se sujeitarem a este tipo de contrato flexível.
[50] Em 1997, através de Medida Provisória, foi extinto o índice de reajuste oficial de correção do salário mínimo, que passou a ter seu valor definido pelo Poder Executivo e sancionado pelo Congresso Nacional (KREIN, 2003: 298).

negociação na empresa, a não incorporação do valor da PLR aos salários e a não incidência de encargos trabalhistas sobre esse montante (KREIN, 2003: *passim*).

No que se refere à flexibilização do tempo de trabalho, foi introduzido o banco de horas e o trabalho aos domingos. O Banco de horas insere a contabilização anual da jornada, abrindo a possibilidade de compensação da jornada e a organização racional do uso do tempo de trabalho de acordo com os ciclos produtivos. Por outro lado, elimina as horas-extras, diminuindo o rendimento dos trabalhadores e desorganiza a vida pessoal e familiar. A liberação do trabalho aos domingos provocou impactos diretos sobre o comércio (principalmente supermercados e *shoppings*), favorecendo os grandes empreendimentos, desarticulando os pequenos e eliminando um significativo número de postos de trabalho. (KREIN, 2003: 303-306).

Com as modificações nos procedimentos adotados para a solução de conflitos se passa a privilegiar os espaços privados de solução em relação aos espaços públicos e estatais. A idéia implícita é a de transformar o contrato de trabalho num contrato de natureza civil, o que significa não levar em consideração a existência de assimetrias na relação capital e trabalho. A partir da proposta do Governo Federal, surgem as Comissões de Conciliação Prévia – que tem a atribuição de tentar conciliar os conflitos individuais de trabalho, com conciliação extrajudicial, sem qualquer interferência ou participação do Estado, e com eficácia liberatória –, o rito sumaríssimo, o incentivo à mediação e arbitragem privada, além da diminuição da fiscalização do Ministério do Trabalho (KREIN, 2003: 283 e 307-309).

A década de 1990, em síntese, foi marcada por um amplo processo de desregulação do mercado de trabalho, que acarretou um maior grau de heterogeneidade e precarização das condições e relações de trabalho. Paralelamente, verificou-se o enfraquecimento dos sindicatos e a prevalência do negociado sobre o legislado, e a modificação da pauta das negociações coletivas em direção à defesa dos empregos e não mais à luta por melhorias salariais ou visando agregar novos direitos.

Evidências da reversão do processo de desestruturação do mercado de trabalho

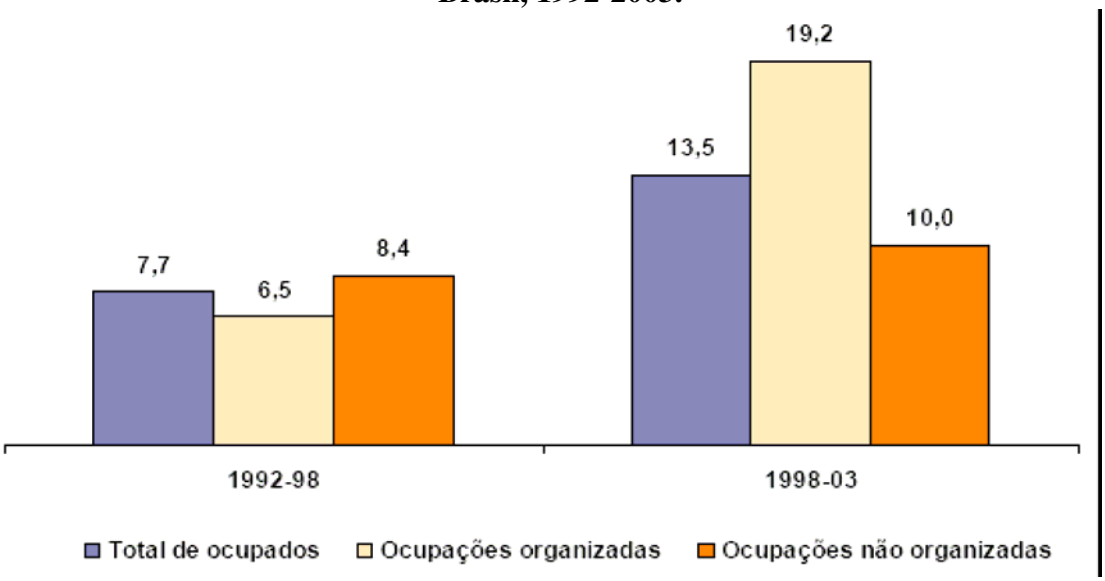
No entanto, é importante que se frise, autores como Moretto e Krein (2005) mostram que, no período pós-1999, há uma certa inflexão no que se refere à tendência de desestruturação do mercado de trabalho no Brasil verificada ao longo da década de 1990. Apesar de modesto frente ao grande contingente de trabalhadores desempregados, ocorre um aumento do número de ocupações, com a elevação da taxa de participação e um crescimento proporcionalmente maior do emprego formal em relação às ocupações informais. Como mostra o gráfico 10, entre 1998 e 2003 houve um crescimento de 19,2% das "ocupações organizadas" (empregados com carteira assinada, funcionários públicos estatutários e militares) contra um crescimento de 10% das "ocupações não-organizadas" (que incluem os trabalhadores sem carteira assinada, por conta-própria, os empregadores e os trabalhadores não remunerados).

Moretto e Krein (2005: *passim*) apontam as alterações na política econômica, na fiscalização do trabalho e na justiça do trabalho como possíveis fatores explicativos[51] para esse melhor desempenho do mercado de trabalho:

[51] Obviamente, os autores reconhecem que os fatores elencados influenciaram de forma distinta esse processo de formalização do emprego, não se propondo a dimensionar o peso de cada um deles.

a) A mudança da política econômica, que ocorre com a desvalorização cambial no início de 1999, e que provoca um aumento das exportações e a recuperação, por parte das empresas brasileiras, de significativas fatias do mercado; b) O fim do ciclo mais intenso de reestruturação produtiva, o que tem provocado uma menor intensidade de inovação, fazendo com que a elasticidade emprego-produto seja mais alta; c) O aumento da fiscalização por parte do Ministério do Trabalho e o entendimento pela Justiça do Trabalho sobre a responsabilidade subsidiária das empresas tomadoras de serviços terceirizados quando há pendências trabalhistas e previdenciárias.

Gráfico 10
Taxa de crescimento do número de ocupados segundo tipo de inserção ocupacional. Brasil, 1992-2003.



Fonte: IBGE/PNAD. Extraído de Moretto e Krein (2005: 07).

3.2 – As relações de trabalho no setor de serviços de saúde na década de 1990

Este conjunto de alterações estruturais da economia – discutidos acima – impactou de forma significativa o mercado de trabalho no Brasil durante toda a década de 1990, contribuindo para um processo contínuo de desregulação do trabalho, com claros aspectos de desestruturação e desregulamentação. Aliando essa análise mais geral com as modificações nas políticas de saúde contemporâneas e reconhecendo também a importância assumida pelo mercado supletivo de saúde na atualidade, fica claro que a criação e as recentes transformações do Sistema Único de Saúde (inseridas num contexto de Reforma do Estado) trouxeram consigo uma nova institucionalidade, com rebatimentos sobre as condições e relações de trabalho. É isso que interessa discutir nessa subseção.

Todos esses fatores discutidos até agora influenciaram negativamente o mercado de trabalho em saúde, tornando-o mais flexível e, em muitos casos, mais precário. Faz-se necessário, então, discutir em que medida se pode falar de desregulação do trabalho no setor de saúde, qualificando as mudanças recentes do setor e identificando as alterações mais relevantes no sistema de relações de trabalho em saúde. Pois, como se pôde perceber até aqui, a idéia de desregulamentação não pode ser totalmente aplicada ao setor de saúde, considerando as características, já mencionadas, próprias das profissões que prestam serviços dessa natureza.

O setor de saúde brasileiro, ao longo dos últimos anos, tem passado por intensas transformações de ordem organizacional, política, institucional e tecnológica que acompanharam o processo de criação do SUS e de municipalização do atendimento à saúde, bem como o avanço, em paralelo, de um mercado suplementar de saúde. Essas transformações estruturais causaram modificações importantes nas várias dimensões ocupacionais do setor de saúde (GIRARDI e CARVALHO, 2002).

Pode-se dizer, com propriedade, que as ocupações do setor de saúde brasileiro ainda têm um dos melhores perfis dentre as ocupações, o que ficou comprovado com o positivo índice, verificado no final da década de 1990, de 72,1% de formalização do trabalho[52]. Em parte, isso se devia à significativa presença do Estado no setor de saúde – especialmente durante a fase de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) –, e à adoção das normas do Regime Jurídico Único no setor público durante a primeira metade da década de 1990, o que favoreceu a elevação dos vínculos estatutários em detrimento dos vínculos celetistas (GIRARDI e CARVALHO, 2002).

Dedecca *et al* (2005b: 19-20), acerca da precariedade ocupacional dos contratos de trabalho, afirmam que a recorrência da formalização no setor não deve ser associada de forma direta a relações de trabalho amplamente favoráveis. Para os autores, nos últimos anos se observam, de forma crescente, pelo menos dois processos que indicam a precariedade existente no âmbito do setor de saúde:

1. O surgimento e a consolidação de contratos de trabalho amparados em leis, e que se caracterizam pela baixa proteção social, a exemplo das cooperativas de trabalho e da contratação a partir de Organizações Não-Governamentais;

2. A elevada flexibilidade do trabalho que é expressa tanto pela existência de diversos vínculos empregatícios por ocupado, como também pela proliferação de formas indiretas de remuneração.

> Portanto, as novas formas possibilitam a contratação de trabalhadores com um menor escopo de direitos, uma maior flexibilidade de demissão ou rompimento da compra de serviços e uma menor remuneração (DEDECCA *et al*, 2005b: 20).
>
> Neste sentido, pode-se afirmar que, apesar do assalariamento não ter se reduzido, o aumento da ocupação tem sido acompanhado de uma maior precariedade nos contratos de trabalho, ampliando a fragilidade das condições de trabalho nos diversos segmentos ocupacionais do setor saúde. Mesmo que parte destes se diferenciem, em termos das condições de contratação, do mercado geral de trabalho, observa-se que eles não escaparam da tendência de precariedade e fragmentação dos anos 90 (DEDECCA *et al*, 2005b: 20).

Uma característica fundamental da evolução do mercado de trabalho em saúde nos últimos anos é que não é plausível falar em elevação do desemprego nesse setor, muito pelo contrário. Seguindo Barros Silva e Costa (2002: 283-284), e amparado nos dados proporcionados pelo trabalho de Dedecca *et al* (2005b), é possível afirmar que houve uma grande demanda por profissionais de saúde ao longo de toda a década de 1990, por conta da descentralização e do

[52] Dados extraídos de Baltar (2003: 141), elaborados a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (PNAD/IBGE).

crescimento sem precedentes do mercado de planos e seguros de saúde, o que seguramente pode indicar uma tendência contrastante do conjunto do mercado de trabalho brasileiro.

De acordo com Baraldi (2005: 02) existe um certo fator protetor contra o desemprego para os trabalhadores de saúde, deslocando o foco das preocupações dos estudos para as relações e condições de trabalho encontradas nesse setor. Sendo assim, os estudos recentes têm mostrado que a precarização das relações de trabalho se evidencia em função de pelo menos cinco fatores:

a) Incremento dos indicadores de múltiplo emprego;
b) Elevação do número de empregos parciais (*part-time*);
c) Alto grau de rotatividade dos postos de trabalho;
d) Queda salarial relativa (especialmente dos trabalhadores em atividades-fim);
e) Processo de fragmentação no processo de trabalho.

A autora ainda acrescenta que:

> Na área da saúde, mesmo diante do fato de (ainda) não se enfrentar um desemprego maciço quando comparada aos demais setores, já se percebe a instalação do processo de flexibilização que aponta perdas dos pontos de vista salarial e de jornada de trabalho, onde (*sic*) o múltiplo emprego é característica histórica. Além disso, tem se acirrado a própria fragmentação do trabalho, dentre outros fatores, o que traz impacto à desqualificação gradual do atendimento da população (BARALDI, 2005: 28).

Caberia apresentar então, ainda que rapidamente, quais as principais questões relacionadas a essa flexibilização das relações de trabalho no setor de saúde. Um primeiro aspecto que interessa diretamente à gestão dos recursos humanos em saúde é o afastamento gradativo do pessoal cedido na descentralização do SUS, que tem se aposentado, mesmo de forma antecipada, em função das expectativas negativas de reforma da previdência. Com isso, vem se reduzindo drasticamente o número de servidores em atividade, e ainda não foram definidos adequadamente os critérios de reposição dessa força de trabalho[53].

No caso do setor público de saúde, o quantitativo de servidores públicos federais em atividade decresce de forma vertiginosa no período de 1997 a 2002, em função da expansão do quantitativo de inativos do setor, da orientação mais geral de diminuição dos gastos com pessoal e também do processo de descentralização, que deslocaram a demanda por trabalho em saúde para estados e municípios. O gráfico 11 mostra que, no período supracitado, há uma queda de aproximadamente 39,4% no total de servidores públicos federais lotados no Ministério da Saúde, saindo de 123.159 em 1997 para apenas 76.002 em 2003[54]. Vale ressaltar que o emprego público federal, durante este período, continuou apresentando o

[53] Os dados dos Boletins Estatísticos de Pessoal mais recentes – elaborados pela Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento – mostram que está aumentando o número de trabalhadores admitidos no serviço público federal em função da política de contratação do Governo Lula, que tem se dado através de amplos concursos públicos, nas mais diversas carreiras.

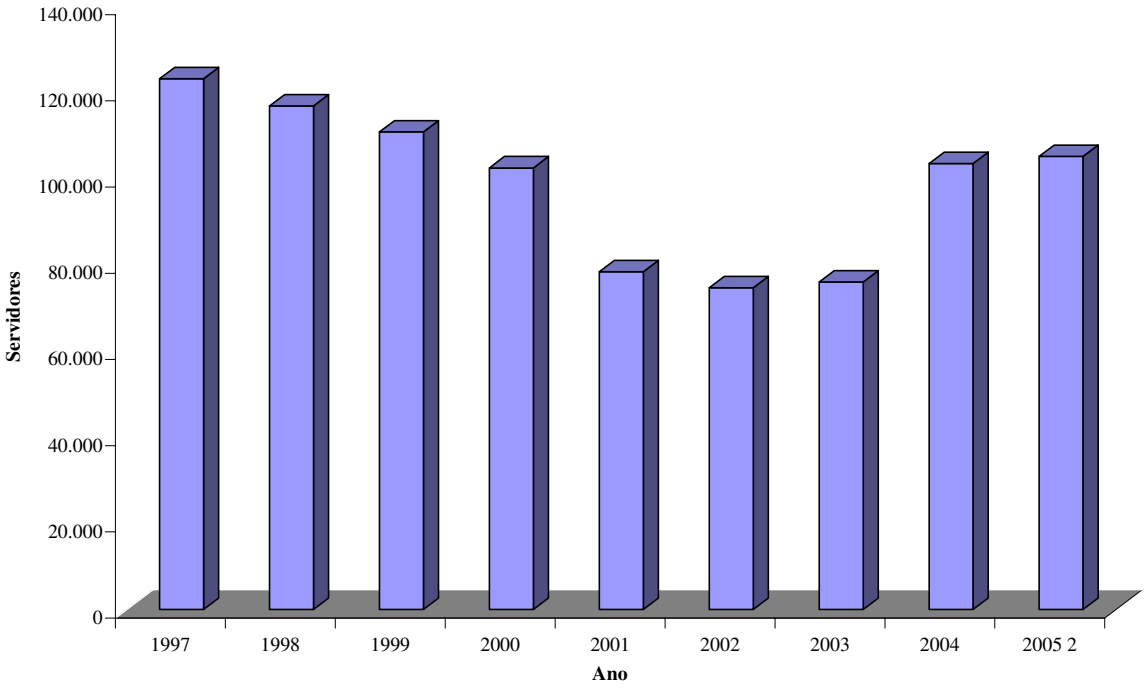
[54] Os dados referem-se ao total da força de trabalho lotada no Ministério da Saúde, o que significa dizer que, da quantidade inicial de vínculos no MS, foram subtraídos os servidores em exercício descentralizado da função, os funcionários com lotação provisória e também o pessoal cedido. Assim, fica evidente que houve um enxugamento do quadro do Ministério da Saúde com vistas à descentralização da gestão dos serviços.

melhor nível de remuneração, contudo, sua participação em relação ao total do emprego do núcleo do setor de saúde se tornou inexpressiva[55].

O trabalho de Dedecca *et al* (2005b: 114-115), baseado nos dados de emprego formal da RAIS, comprova que, entre 1995 e 2002, houve um aumento da participação do emprego público, que cresceu de 49% para 59% do total. Isto porque o baixo peso do emprego público federal foi mais do que compensado pelo aumento do emprego na esfera municipal (ver gráfico 12).

Gráfico 11

Quantitativo (força de trabalho) dos Servidores Públicos Federais Civis Ativos do Poder Executivo no Ministério da Saúde[1] - 1997 a 2005[2]



Fonte: SIAPE - SRH/MP.
Força de trabalho = quantidade de vínculo (-) exercício descentralizado (-) lotação provisória (-) cedido.
1 - Inclui os servidores civis da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo (inclusive contratos
2 - Posição de Julho/2005.
Obs: De 1997 a 2004 foram considerados os quantitativos do mês de Dezembro de cada ano.

Diversificaram-se significativamente os regimes de trabalho adotados pela administração pública brasileira a partir da década de 1990. Em 1993 é instituído o regime especial, pelo qual se estabelece a regulamentação dos contratos por tempo determinado realizados em função do interesse público, e que deveriam ser utilizados *em caráter estritamente excepcional*. No ano de 1998 foi reintroduzida, através da Emenda Constitucional n° 19, a possibilidade de emprego público com vínculo contratual regido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), uma prática amplamente disseminada nas duas décadas anteriores à

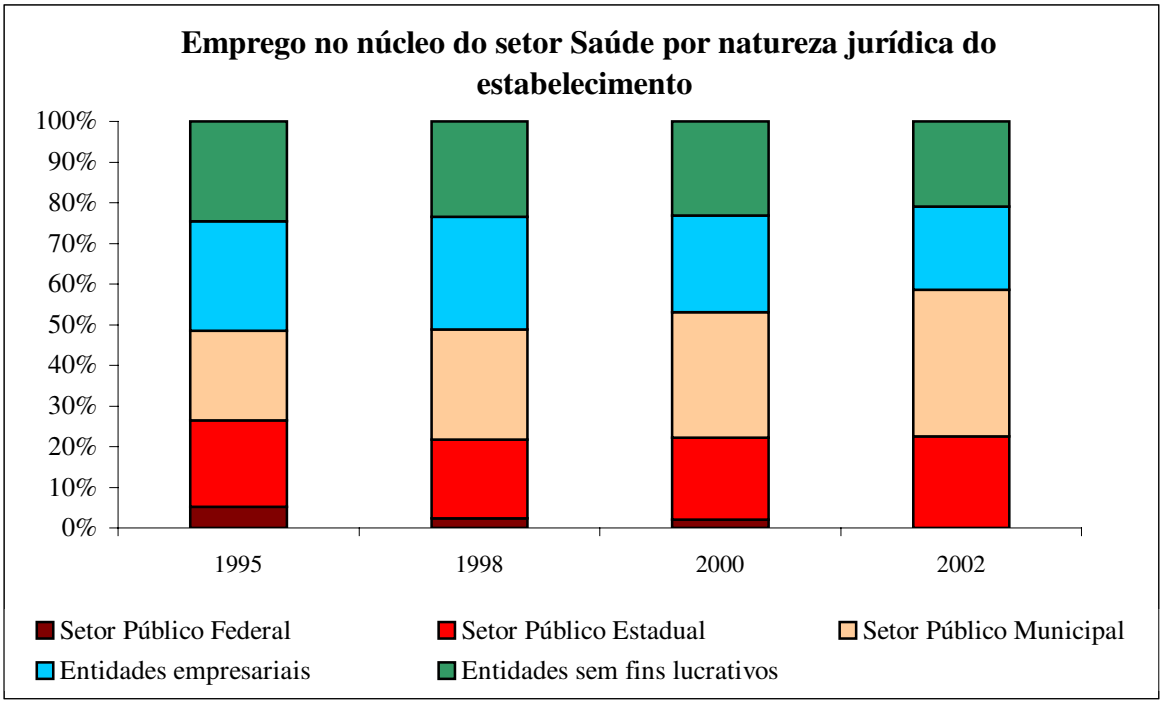
[55] Ver o trabalho de Dedecca *et al* (2005b: 115).

Constituição de 1988, e que, obviamente, é coerente com as demais iniciativas de "modernização" da gestão do Estado (NOGUEIRA *et al*, 2004: 88).

Na segunda metade da década de 1990 a tendência de crescimento dos empregos estatutários, observada durante a primeira metade da década, é revertida, e os vínculos celetistas passaram a apresentar índices de crescimento mais elevados que o emprego estatutário (GIRARDI e CARVALHO, 2002). A partir do ano 2000, com o advento da Lei de Responsabilidade Fiscal[56], foram estabelecidos tetos para os gastos públicos com pessoal – em conformidade com a política econômica mais geral de ajuste fiscal, estabelecida pela União –, o que estimulou a utilização de formas flexíveis de contratação pelos gestores municipais de saúde. Essa passagem do texto de Geraldo Biasoto Jr. (2002: 78-79) elucida bem a questão:

> O problema é que diversas administrações já se encontravam no limite dos 60% de gastos com pessoal ainda em meados da década de 90, ainda antes de aflorarem mais densamente os problemas derivados dos desequilíbrios com os inativos e aposentados do serviço público. O resultado foi que as administrações tiveram posturas extremamente conservadoras quanto aos gastos com pessoal, que se estenderam para todos os campos da gestão e capacitação de recursos humanos. Em verdade, em diversas áreas da administração, a terceirização de serviços intensivos em mão-de-obra foi a saída para situações de absoluta inviabilidade frente à legislação.

Gráfico 12



Fonte: Ministério do Trabalho, Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), vários anos.

O quantitativo de pessoal no regime estatutário estava diminuindo até o final de 2002, como parte da estratégia do Governo Federal de controle dos gastos com pessoal em todas as esferas

[56] A Lei de Responsabilidade Fiscal limita, no caso da União, as despesas com o funcionalismo público em 50% da receita corrente líquida federal. No caso dos estados e do Distrito Federal o percentual é de 60% da receita corrente líquida estadual e, no caso dos municípios, é de 60% da receita corrente líquida municipal.

de governo, o que estava limitando a abertura de novos quadros e carreiras de pessoal estatutário somente aos postos considerados estratégicos (postos de comando e alta administração do Estado). Ao mesmo tempo, ampliou-se o desestímulo dos funcionários públicos do regime estatutário em função da existência de um quadro paralelo de pessoal que, por suas características, recebem incentivos diferenciados para garantir a continuidade e qualidade dos serviços.

Esse quadro próprio paralelo é formado, em grande parte, por trabalhadores admitidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que significa na prática a ausência da estabilidade (típica do serviço público) e a adoção do regime previdenciário geral, bem menos oneroso que as aposentadorias especiais. Como se não bastasse a contratação por meio do regime CLT, ampliaram-se expressivamente os contratados através de cargos comissionados e contratos temporários. Em ambos os casos, além da maior liberdade de criação de novos postos de trabalho, a grande vantagem é a não-obrigatoriedade da realização de concurso publico.

Se, por um lado, os dados apontam para uma municipalização do emprego em saúde, eles também parecem indicar que há uma modificação no padrão de emprego em saúde, em direção a empregos mais flexíveis no que se refere a sua forma de vinculação, com menor remuneração e com baixo nível de proteção social.

> No caso do setor público de saúde, o índice de contratos flexíveis chegou a representar cerca de 90% dos integrantes de equipes de projetos essenciais para a gestão do SUS. Esta situação foi desencadeada na década de 90, com a combinação resultante do aumento de demanda pelos serviços do SUS – que necessariamente amplia a necessidade de profissionais qualificados nos três níveis de governo – e a política de não realizar concursos públicos efetivada pelos diversos níveis de governo – seguindo a onda privatizante e a 'flexibilização' das relações trabalhistas. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família podem ser apontados como bons exemplos desta trajetória (BARALDI: 2005, 13).

O Programa Saúde da Família, juntamente com a contratação de milhares de Agentes Comunitários de Saúde por todo o Brasil faz parte da estratégia da política de saúde brasileira de promover uma hierarquização dos atos médicos de acordo com a sua complexidade, especialização e prioridade. A priorização dos cuidados médicos primários (que de fato beneficiam uma maior fatia da população) em detrimento dos cuidados que utilizam tecnologias mais sofisticadas (terciários e quaternários) é uma bandeira recorrentemente levantada desde a década de 1960 (LUZ, 1997: 151).

Longe de querer incorrer em julgamento de valor sobre a adequação dessa política, o que se pode perceber é que esse modelo descentralizado de gestão e de prestação dos serviços de saúde, baseado em serviços primários de saúde, privilegia um tipo de trabalho que, por suas características, tem baixa produtividade[57] e, por isso mesmo, baixos salários. Por conseguinte,

[57] O próprio processo de crescimento do setor de serviços, e em particular do setor de saúde, exigiu uma busca por estratégias de racionalização. Robert Castel mostra que existe uma tendência de subcontratação, agravada pela terceirização das atividades. Nesse sentido, afirma também que: "Semelhante transformação não muda apenas a estrutura das relações de trabalho no sentido da predominância das relações diretas entre o produtor e o cliente (prestações de serviços propriamente ditas) e do caráter informacional e relacional crescentes das atividades. Tem uma incidência direta sobre a produtividade do trabalho. Em média, os ganhos de produtividade indicados pelas atividades industriais são o dobro daqueles do setor de serviços" (CASTEL, 1998: 525). Essa constatação fez com que surgissem diversos estudos sobre a produtividade do trabalho no setor de serviços.

este último aspecto somado à contínua expansão da demanda por serviços de saúde provoca uma alta elasticidade-emprego. E é justamente nesse contexto restritivo, e na tentativa de burlar os constrangimentos econômicos e de ordem legal, que os gestores de saúde estão adotando formas mais "flexíveis" de contratação e remuneração dos serviços.

Multiplicidade de formas de vinculação do pessoal de saúde

A lógica da contratação de terceiros em lugar da contratação direta de empregados assalariados no setor privado já é bastante conhecida e relativamente antiga. Entretanto, pode-se dizer que é um pouco mais recente a tendência da contratação ou "credenciamento" de profissionais autônomos para provisão de serviços dentro de uma empresa (GIRARDI *et al*, 2000a).

A tabela 22 deixa claro o caráter residual dos vínculos de trabalho regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) nas operadoras de planos de saúde, sobretudo no que se refere ao trabalho dos médicos. Ao final da década de 1990, o segmento empregava apenas 9,2% dos médicos e menos de 15% dos outros trabalhadores sob o regime CLT. O número de "credenciamentos" de médicos era pouco inferior a 250 mil (contudo, é importante salientar que um só médico pode ser credenciado por várias operadoras, havendo possibilidade de dupla contagem nestes dados).

Tabela 22
Número de médicos e empregados nas operadoras de planos de saúde
Brasil - 1999/2000

	Medicina de Grupo	%	Cooperativas Médicas	%	Autogestão	%	Seguradoras	%	Total	%
Médicos										
CLT	25.400	22,6	-	0,0	-	0,0	-	0,0	25.400	**9,2**
Credenciados	87.000	77,4	87.621	100,0	30.000	100,0	45.000	100,0	249.621	**90,8**
Total	**112.400**	100,0	**87.621**	100,0	**30.000**	100,0	**45.000**	100,0	**275.021**	100,0
Outros empregados										
CLT	67.500	29,2	16.500	6,0	8.000	11,8	5.000	5,3	97.000	**14,5**
Indiretos	164.000	70,8	260.000	94,0	60.000	88,2	90.000	94,7	574.000	**85,5**
Total	**231.500**	100,0	**276.500**	100,0	**68.000**	100,0	**95.000**	100,0	**671.000**	100,0

Fonte: ABRAMGE. Adaptada de Girardi *et al* (2002: 232).

A discussão sobre a irregularidade dos contratos de trabalho no setor de saúde está, em geral, associada com as diversas formas de intermediação de mão de obra entre empresas privadas e instituições públicas. Isso se dá justamente porque a terceirização tem sido a resposta formal que os setores fundamentados no regime salarial encontraram para "fugir" dos custos indiretos do trabalho. Além disso, essas novas formas de vinculação dos trabalhadores de

Nessas pesquisas, freqüentemente é levantada a hipótese da 'doença de custos', para mostrar que: "A elevação de seus preços relativos, explicada, fundamentalmente, pela constatação de que, por se tratar de atividades intensivas em trabalho e encontrar dificuldades para a substituição deste fator, a produção dos serviços encontra fortes barreiras no que diz respeito ao avanço de produtividade. Nestas circunstâncias, a uniformização dos salários reais na economia, acompanhada de uma relativa inelasticidade-preço dos produtos de serviços implicaria uma elevação de seus preços" (MELO *et al*, 1998: 04-05).

saúde são tentativas "inventivas" dos gestores do SUS de contornar os problemas advindos da dificuldade de reposição de pessoal.

Além das terceirizações via cooperativas de trabalho, existem diversas outras formas de subcontratação largamente utilizadas pelo SUS, como as bolsas de trabalho; os contratos de gestão com organizações sociais; os convênios com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); a terceirizações de serviços por meio de empresas privadas; as "triangulações" por intermédio de Fundações de Apoio; a gestão de consórcios municipais, através de entidades privadas não-lucrativas e os contratos temporários.

A vinculação informal de trabalhadores é bastante comum no SUS, especialmente no que se refere ao trabalho dos agentes comunitários de saúde[58], que são a base de sustentação do Programa de Saúde da Família (PSF), mas que não eram considerados profissionais de saúde até 2002[59], sendo remunerados apenas com "bolsas de trabalho" (pró-labore), estando à margem da legalidade e não amparados pelas obrigações previdenciárias e pelos benefícios da seguridade social[60].

Uma importante forma de contratação de trabalhadores se dá através dos termos de parcerias com Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP), como bem explica Roberto Nogueira (1999: 449):

> A recente promulgação da lei que permite reconhecer as ONGs como Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIP) e com as quais faculta aos órgãos de Estado estabelecer termos de parceria criou uma via inédita e muito promissora para a implementação de políticas de saúde fora dos mecanismos administrativos estatais. Desde logo, as OSCIPs passam a ser candidatos naturais para participar na implementação de programas de caráter comunitário tais como o PACS e o PSF. No entanto, cabe advertir que, dada a debilidade histórica de nosso Terceiro Setor, poucos são os municípios que contarão com OSCIPs idôneas e habilitadas para assumir a envergadura dessas tarefas. Ademais, sua vinculação comunitária e autonomia podem ser perdidas se forem manejadas na qualidade de meras "agências" de vinculação de pessoal para benefício do SUS.

Além das diversas formas de terceirização do trabalho já apresentadas, surgem paralelamente as cooperativas gerenciais – cujos maiores exemplos são encontrados em São Paulo e no Rio de Janeiro – que objetivam não só mediar a força de trabalho, mas também assumir responsabilidades de gerenciamento de unidades do SUS. No entanto, esse

---

[58] "Desde sua inauguração como política oficial de governo, a inserção do agente comunitário de saúde (ACS) na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) tem suscitado polêmica a respeito da forma mais adequada de relação de trabalho que deve ser adotada para que se possa contar de modo sustentável com esse tipo de recurso humano. Essa polêmica é alimentada, em parte, pela demanda de atendimento a direitos trabalhistas e sociais, visto que, atualmente, em sua grande maioria, os ACSs estão submetidos a relações informais de trabalho. Também surge do fato de que algumas das alternativas propostas — tal como sua admissão ao quadro de servidores públicos — são muitas vezes encaradas como inadequadas para uma função que exige um relacionamento estreito e permanente com a comunidade onde esses trabalhadores são recrutados" (NOGUEIRA *et al*, 2000: 01).

[59] A Lei n° 10.507, de 10 de julho de 2002, criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde.

[60] "Os agentes comunitários de saúde (ACS), a despeito da lei, não são considerados profissionais de saúde, haja vista que, em geral, profissional é o que está organizado num Conselho da categoria (enfermeiros, médicos, nutricionistas, etc.). Por outro lado, para ser agente comunitário não necessariamente a pessoa deve ser profissional de saúde, dicotomia essa que gera grande controvérsia corporativa entre os profissionais de saúde. Algumas facções classificam o ACS como trabalhador de saúde, considerando que o mesmo não é um voluntário" (BARALDI, 2005: 13).

"compartilhamento" de gestão tem ficado aquém das expectativas, tendo em vista a não efetividade do controle do poder público e os freqüentes desrespeitos às cláusulas contratuais.

A polêmica da contratação a partir de cooperativas

A forma de terceirização que trouxe maior discussão no setor de saúde foi, sem sombra de dúvidas, a cooperativa de profissionais, regulamentada em 1994 pela assim chamada "Lei das Cooperativas":

> (...) que declara a inexistência de vínculo empregatício entre as cooperativas e seus associados, de forma que os trabalhadores assim organizados não são empregados da cooperativa e não têm, portanto, registro em carteira, direitos trabalhistas como férias, 13° salário, previdência social ou descanso semanal remunerado. Tal medida, na prática, tem representado uma forma de flexibilização extrema no uso da mão-de-obra, diretamente associada à precarização das condições e relações de trabalho. Os empregados contratados pela Lei das Cooperativas, além de não acessarem os benefícios comuns a todos os trabalhadores registrados em carteira, ainda tendem a receber rendimentos médios menores, bem como a estar sujeitos a jornadas de trabalho maiores (CARDOSO JR., 2001: 45-46).

Tanto no setor público quanto no privado as cooperativas de trabalho têm sido usadas como forma de desonerar a empresa ou instituição pública contratante de uma gama de encargos sociais e fiscais. No setor público há ainda a irregularidade presente no simples fato de que esta forma de contratação fere os dispositivos constitucionais de mérito e publicidade exigidos para a entrada no serviço público, descaracterizando, ademais, o vínculo empregatício (NOGUEIRA *et al*, 2004: 98).

> É expressiva a expansão das cooperativas no Brasil, especialmente as de trabalho, operando como intermediadoras de mão-de-obra. Apesar da precariedade de dados sobre essa expansão, sua proliferação nos anos recentes é visível. Evidências empíricas indicam não estarem concentradas somente em setores menos dinâmicos da economia, como as ***'coopergatos'*** do setor agrícola e de vestuário, alastrando-se em setores que oferecem mão-de-obra qualificada, como centros de processamento de dados de bancos, serviços de engenharia etc. Apesar da diversidade das chamadas experiências de cooperativismo e sem desmerecer o mérito destas, deve-se considerar o papel dessas cooperativas no processo de desestruturação das relações de emprego formais e do não acesso aos direitos decorrentes do contrato de emprego (GIMENEZ *et al*, 2003: 10-11).

De acordo com Nogueira (s/d), em sua Árvore Lógica da Contratação de Recursos Humanos no SUS[61], existem alguns motivos que parecem favorecer o regime das cooperativas de trabalho no interior do SUS, dentre eles:

> A. Na cooperativa, a vinculação de pessoal é feita de forma bastante flexível, através de um contrato global e, provavelmente, a custos mais reduzidos do que se o gestor tivesse que arcar com todos os encargos trabalhistas inerentes ao emprego público celetista e com os custos da função de administração de pessoal;

[61] O esquema citado, elaborado no âmbito do Programa de Políticas de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília - UNB, está disponível em: <http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/rhsus/frameset_b_3.htm>. Acesso em 23/12/2005.

> B. Há uma aspiração, por parte de muitos profissionais, especialmente dos médicos, de manter uma condição de autonomia no mercado de trabalho, e a organização cooperativa satisfaz adequadamente a esse anseio;
>
> C. A condição de servidor público é hoje muito pouco valorizada aos olhos dos profissionais de saúde;
>
> D. A cooperativa eventualmente cria um vínculo coletivo de solidariedade entre os profissionais, que obriga o gestor local do SUS a ter disposição para negociar os valores dos contratos e outros elementos que fazem parte das condições de trabalho, sendo neste caso preferível aos vínculos mantidos em caráter informal.

Houve significativa expansão do número de cooperativas entre 1998 e 2001, com destaque para as cooperativas no setor de saúde, que totalizavam 5.102 em 1998, avançando para 7.021 em 2001, dispondo inicialmente de quase 289 mil cooperados e mais de 327 mil em 2001. Outro dado importante é que o número de empregados nas cooperativas do ramo de saúde em 2001 mal passava de 21.400 (ver tabela 3.1, em anexo).

A tabela 3.2, anexa, complementa as informações apresentadas, trazendo os dados para o ano de 2003, enfatizando a participação do setor de saúde com praticamente 12% do total de cooperativas, contando com 261.871 cooperados (4,54% do total) e 23.367 empregados, que representam 12,78% do total.

O problema colocado por esta prática no âmbito do setor de serviços (particularmente o de saúde) não é apenas a subcontratação em si – e a conseqüente diminuição do assalariamento e da proteção social –, mas principalmente a terceirização dos serviços ou de 'trabalho vivo'[62]. Em outras palavras, a terceirização da própria atividade-fim (NOGUEIRA *et al*, 2004).

> Até recentemente o fenômeno da terceirização no setor de serviços de saúde esteve de alguma maneira localizado em funções de apoio operacional, serviços gerais e administrativos, serviços de hotelaria e outros considerados não essenciais, bem como algumas áreas de apoio diagnóstico e terapêutico (GIRARDI *et al*, 2000a: 01-02).

Nesses casos, em que a contratação de terceiros para a prestação de serviços é realizada de forma contínua, têm características de subordinação, onerosidade e pessoalidade, fica evidente a existência de uma relação de emprego. Pois como bem mostra Xavier (2003: 05), apoiado no artigo 9° da CLT:

> (...) não são os contratantes que determinam a existência ou não de um contrato de trabalho, mas sim a forma pela qual os serviços são desenvolvidos. **Então, se na realidade prática ocorrer uma relação de emprego – aquela com as características de pessoalidade, não eventualidade, onerosidade, dependência e subordinação – a *forma cede lugar a situação real*, reconhecendo-se o vínculo empregatício**. É o que comumente é chamado, no âmbito do Direito do Trabalho, de princípio da **primazia da realidade** segundo o qual, não importa as cláusulas de um contrato de trabalho, mas sim o que efetivamente o empregado faz (grifos no original).

A principal salvaguarda legal sobre a terceirização ainda é a Súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho. De acordo com o seu enunciado, fica estabelecido que a contratação de mão-de-

[62] Tendência já observada por Silva (2003) na análise dos impactos da reestruturação produtiva sobre o trabalho no setor de saúde em Aracaju, capital sergipana.

obra realizada através de uma empresa interposta é ilegal (exceção feita ao trabalho temporário). Somente podem ser terceirizados os serviços ligados à atividade-meio da empresa tomadora (como os serviços de vigilância, conservação e limpeza), desde que não configure, em nenhuma hipótese, características de pessoalidade e subordinação (DAU, 2005).

As relações de trabalho no setor de saúde, nos últimos anos, têm se tornado cada vez mais precárias em função da proliferação dessas novas formas de contratação e vinculação dos trabalhadores e da deficiência da política de recursos humanos, absolutamente incapazes de ordenar as relações de trabalho; o que acaba por se refletir em uma completa ausência de política salarial para o setor (assim como um plano de carreiras detalhado), uma elevada rotatividade nos postos de trabalho, problemas de ordem jurídica e de regulação do ingresso no serviço público.

No setor público, eleva-se o número de postos terceirizados, de contratações sem o devido concurso público, e de vínculos "extraordinários" em situações consideradas inteiramente "normais", ao mesmo tempo em que ficam cada vez mais raros os espaços de negociação entre trabalhadores e empregadores. Já no setor privado, é comum a prática do rebaixamento dos níveis salariais e a deterioração das relações de trabalho, principalmente em função das dificuldades de negociação, que culminaram na individualização das negociações. Além disso, são cada vez mais numerosos os contratos de terceirização, a contratação de trabalhadores autônomos, de cooperativas de trabalho e de estagiários.

Nesse processo,

> (...) merecem destaque as transformações do trabalho em saúde que envolvem especialmente o profissional médico: a expansão do modelo empresarial da prática médica que, entre outras coisas, está relacionada com a perda progressiva da autonomia profissional. Essa perda de autonomia está associada, por um lado, com a crescente dependência do profissional médico de um instrumental auxiliar tanto para procedimentos diagnósticos como terapêuticos, e de outro, pela perda efetiva do *status* de exercício liberal da profissão, estabelecida por formas diretas e indiretas de assalariamento (PIERANTONI, 2001: 352).

Formas de remuneração dos serviços e qualidade do atendimento

O setor de saúde é também conhecido pela diversidade de formas de remuneração e suas implicações sobre a qualidade do atendimento prestado. Segundo Andreazzi (2003: 13), os modos de remuneração ou as transferências financeiras podem ser divididos em: a) pós-pagamento (*ex post*), em que o pagamento ocorre após a produção efetiva do serviço; b) pré-pagamento (*ex ante*), em que é calculado um valor prévio independente da produção final, baseado em critérios diversos, geralmente populacionais; c) formas mistas, para corrigir problemas ou alcançar determinados objetivos gerenciais.

Os tipos de remuneração utilizados com mais freqüência no setor de saúde são: salário definido de acordo com o cargo e a função exercida, pagamento por paciente atendido, salário variável por produtividade, pagamento por procedimento, pagamento por resultado e outras formas mistas.

A remuneração dos serviços de saúde no Brasil, considerando o que foi exposto em termos de avanço da informalização e dos vínculos precários, em muitos casos, passa a ter um caráter

absolutamente flexível, com a introdução de parâmetros relacionados à produtividade e desempenho, o que representa um verdadeiro desvio em relação à tendência observada por Maria Cecília Donnangelo em meados da década de 1970, e comprovada na década seguinte, de assalariamento crescente e formalização das ocupações de saúde.

A partir da segunda metade da década de 1990, no que se refere às formas de remuneração, passaram a predominar os pagamentos unificados por procedimento, que são elaborados considerando tabelas e acordos estabelecidos através de órgãos de representação profissional, que auxiliam na intermediação junto às empresas de saúde suplementar, que assumiram uma dimensão significativa na organização da produção de serviços de saúde.

É importante salientar que, do ponto de vista exclusivamente dos profissionais da área médica, a forma de remuneração por procedimento, realizada através de cooperativas, tem sido aparentemente "vantajosa" (de forma semelhante à PLR, utilizada em muitas empresas), já que a carga tributária que incide sobre essas empresas de profissionais liberais cotistas é expressivamente menor que os impostos e encargos vinculados ao regime salarial e também em relação aos descontos sobre o exercício autônomo da profissão (NOGUEIRA, 2002).

> Para os trabalhadores do SUS, flexibilizar passou a ser sinônimo de submeter-se a vínculos de trabalho que são mais autônomos e mais temporários, embora possam importar num aumento imediato da sua renda monetária. Mas há muitos casos em que a flexibilização gera o trabalho informal e não bem remunerado, como se vê acontecer com os agentes comunitários de saúde (NOGUEIRA, 1999: 444).

A discussão sobre a melhoria da remuneração dos profissionais pela via da flexibilização do vínculo está intimamente relacionada à possibilidade de estabelecer vínculos em várias instituições diferentes, conciliando, inclusive, a atuação no setor público com os vínculos em instituições privadas ou mesmo o exercício autônomo da profissão. Nesse caso,

> (...) o mercado flexibilizado para o profissional (universitário) da saúde parece constituir-se vantajoso, haja vista que – conjugado à reduzida capacidade de tomada de decisão no plano político-econômico das políticas de saúde – a inserção a múltiplos vínculos é facilitada e de certa forma bem remunerada quando comparada ao mercado, tornando-se atrativa para o mesmo (BARALDI, 2005: 07).

Objetivamente, existe um diferencial de remuneração entre os estabelecimentos empregadores (ver tabela 23). Este diferencial é claramente mais favorável nas esferas públicas de atividade. Em outras palavras, o empregado público em média ganha melhor do que os empregados em atividades empresariais e sem fins lucrativos. O diferencial no setor público federal chegou a ser de 43% em 1995, e em 2002 estava em 37%. No âmbito estadual caiu de 20% para 3% no mesmo período, enquanto os empregados públicos municipais recebiam 9% a mais que a média das remunerações pagas no núcleo do setor de saúde (no ano 2002).

O avanço do setor público municipal (e a perda de participação do setor público federal) como principal empregador na área de saúde poderá ter como desdobramento principal uma tendência ao rebaixamento da remuneração dos profissionais de saúde.

Pode-se perceber, também, que as entidades empresariais do setor de saúde remuneram cerca de 25% a menos que a média observada no núcleo do setor. Por sua vez, as entidades sem fins lucrativos entre 1995 e 2000 apresentavam uma remuneração abaixo da média do setor, recuperando-se em 2002, quando passou a apresentar remunerações 6% acima da média.

Tabela 23
Diferencial de remuneração entre os estabelecimentos empregadores e a média das remunerações pagas no núcleo do setor saúde

	1995	1998	2000	2002
Setor Público Federal	43%	2%	16%	37%
Setor Público Estadual	20%	10%	8%	3%
Setor Público Municipal	13%	19%	16%	9%
Entidades empresariais	-26%	-22%	-23%	-24%
Entidades sem fins lucrativos	-6%	-2%	-2%	6%

Fonte: Ministério do Trabalho, Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), vários anos.

Ainda no que tange às diferentes formas de remuneração e vinculação dos trabalhadores em saúde, um problema que se apresenta de forma crescente no setor público é a convivência num mesmo ambiente de trabalho de profissionais com a mesma formação e cargo, mas regidos por contratos bastante diferenciados, contando com valores desiguais à titulo de "incentivo", e diferentes níveis salariais e de proteção social. Associados a esse problema estão a falta de estímulo dos profissionais e o crescimento do multi-emprego (com a elevação da quantidade de vínculos por profissional, em jornadas duplas ou mesmo triplas).

Negociações coletivas no setor de saúde

Outro fator importante a ser considerado na análise sobre as relações de trabalho no setor de saúde brasileiro diz respeito às negociações coletivas. Brito *et al* (2001: 16), tratando das tendências observadas nesse campo (em diversos países), mostram que:

> En materia de negociación colectiva, los subsectores han evolucionado en forma diferente. En el sector público, las negociaciones colectivas antes centralizadas, han tendido a desconcentrarse "bajando" el nivel de la negociación. En el privado se ha verificado una "individualización" de las relaciones laborales.

Se por um lado Brito *et al* (2001) apontam a tendência à individualização das negociações no setor privado, já apontada por Dedecca (1999) e corroborada depois por Krein (2003), por outro eles também trazem à discussão uma importante questão: as tentativas de institucionalização de negociações coletivas no âmbito do setor público, fato que ganha importância no Brasil no início da década de 1990, mas que só retoma sua capacidade operativa em 2003.

> En el caso de Brasil, se desarrollaron algunas experiencias interesantes en materia de negociación colectiva en el sector público con la participación de todos los sectores interesados, incluso de la comunidad. Los ejemplos analizados permitieron simultáneamente, flexibilidad en la asignación de puestos, fijación de mecanismos de negociación permanente y mejoras en los servicios y en la calidad de la atención (BRITO *et al*, 2001: 17).

A experiência do Brasil na área da negociação coletiva no âmbito do setor público tem o intuito de estabelecer a democratização das relações de trabalho, através do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SNNP-SUS)[63], constituído por uma Mesa Nacional e por

[63] Maiores informações sobre o Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SNNP-SUS) podem ser obtidas no endereço eletrônico da Sala Virtual de Apoio à Negociação do Trabalho no SUS: http://ead1.ead.fiocruz.br/mini_portais/mesas/index.htm.

Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS. Essa proposta de sistema democrático de relações de trabalho tem como pressupostos básicos:

> (a) o reconhecimento da legitimidade dos interesses e dos conflitos; (b) a garantia de amplo espaço de liberdade e de autonomia das partes para a explicitação dos conflitos; (c) a normatização de procedimentos para a defesa de pleitos e debates de propostas; (d) o caráter permanente e a eficácia do processo; (e) a instituição de mecanismos, tais como a organização nos locais de trabalho e a mediação, para promover maior equilíbrio ao processo de correlação de forças, e (f) a participação dos diversos protagonistas que interagem na cena administrativa: governantes, sociedade e funcionalismo, assegurando a imprescindível legitimidade de representação dos interessados (BRAGA, 2004: 03).

Instituída através da Resolução nº 52, de maio de 1993, a "Mesa Nacional de Negociação do Sistema Único de Saúde" – como foi designada na época – foi homologada pelo então Ministro da Saúde Jamil Haddad, objetivando estabelecer um espaço democrático para a negociação permanente entre empregadores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Após ter passado por várias interrupções em seus trabalhos, a reativação desse espaço de negociação – agora denominado "Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS" – foi aprovada em junho de 2003, no plenário do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003a: *passim*).

O referido documento (BRASIL, 2003a: 09), mostra que, naquela ocasião, os temas relevantes listados na agenda da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS eram:

- Diagnóstico Situacional;
- Regulação das Profissões: Jornada de Trabalho; Cedência de Pessoal; Regulamentação da Profissão do Agente Comunitário de Saúde; e a Inserção de Profissionais para cuidados à Saúde;
- Desprecarização do trabalho;
- Plano de Carreiras, Cargos e Salários;
- Saúde do Trabalhador; e
- Instalação das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS.

Como principal fruto das iniciativas de negociação coletiva no âmbito do setor publico com vistas à criação de um sistema democrático de relações de trabalho em saúde merecem destaque as discussões acerca da definição da Norma Operacional Básica dos Recursos Humanos do Sistema único de Saúde (NOB/RH-SUS), que estabelecem as regras para a operacionalização dos dispositivos legais que passarão a reger o SUS, nas três esferas governamentais.

A NOB/RH-SUS compreende todos os trabalhadores do SUS, quer sejam da gestão direta ou do setor privado contratado/conveniado (tanto filantrópicos quanto lucrativos). Todos os níveis de gestão estariam obrigados a contar com seus Planos de Carreira, Cargos e Salários. No setor público, as novas vagas seriam preenchidas somente através de concursos públicos, enquanto o setor privado deveria fazer seleções de trabalhadores com caráter público, e atendendo as determinações da legislação vigente. A norma define ainda critérios para a reposição de recursos de RH entre as três esferas de governo.

Contudo, os impactos da nova NOB/RH-SUS só deverão ser sentidos no médio prazo, e precisarão contar ainda com um cenário macroeconômico bastante favorável; principalmente

com um crescimento da atividade econômica que permita a reorientação da política de recursos humanos do SUS, que está relacionada, em última instância, à qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde.

Política de desprecarização do SUS

Não se pode negar que, nos últimos anos, houve alguma reversão no quadro de precarização do trabalho em saúde descrito até este momento. As mobilizações provocadas pela questão ganharam tamanha proporção que sensibilizaram algumas autoridades responsáveis pela política de Recursos Humanos do SUS no sentido de promover discussões que propiciassem uma "**desprecarização**" do trabalho no âmbito do setor público[64]. Com efeito, a Portaria nº 2.430/GM, de 23 de dezembro de 2003, criou o "Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS", com o papel de promover políticas de formalização do trabalho e diminuição da precarização das relações e condições de trabalho no Sistema Único de Saúde, a partir da redução dos "índices de contratos flexíveis". Além disso, "atualmente, vários concursos públicos têm sido abertos na instância federal com vistas a um ajuste nestes índices, considerando-se que a política anti-precarização é algo explícito nos discursos do atual governo" (BARALDI, 2005: 13). Vale ressaltar também que a Portaria 626 do Ministério da Saúde, de 8 de abril de 2004, criou uma comissão especial para elaborar as diretrizes de um Plano de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS, uma antiga reivindicação do pessoal da saúde.

Parece haver uma tentativa efetiva de reversão do quadro de precariedade contratual do trabalho em saúde. Por todo o Brasil, no ano de 2005, ocorreram grandes concursos para cargos na área de saúde, em várias Prefeituras, nos Estados e em Hospitais Universitários. Apesar de não romper com precariedade salarial vigente desde a última década, pode-se dizer que há uma inflexão no que se refere às condições e relações de trabalho precisamente com o Governo Lula, e de forma mais sensível a partir de 2004.

Mas, como se sabe, as discussões acerca da desprecarização do trabalho no âmbito do SUS esbarram em restrições no plano macroeconômico que praticamente inviabilizam medidas mais efetivas que reduzam substancialmente o número de trabalhadores ligados ao setor público de forma precária e irregular, já que essa proposta estaria umbilicalmente relacionada à idéia de construção de uma carreira de Estado no SUS. Convém ressaltar que:

> (...) realizar a passagem da intenção para a ação requer um longo e árduo percurso, que envolve, além do gestor federal, os gestores estaduais e municipais, e, é claro, usuários e profissionais de saúde em todos os níveis. Contamos, ainda, com forças políticas radicalmente dissonantes daquela intenção e que se beneficiaram da implementação da *reforma informal* ao longo da última década, principalmente o setor privado dos planos de saúde (PEREIRA, 2004: 377).

"Desprecarizar" o trabalho não é, como se tentou mostrar, uma simples questão de "boa vontade política", mas antes uma discussão séria sobre o regime de baixo dinamismo em que se assenta a economia brasileira, as reformas administrativas irresponsáveis promovidas pelo governo FHC e o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, realizado de forma não pactuada e sob baixa contratualização.

---

[64] Também avançou de forma significativa a regulação do trabalho na esfera privada, ao ser intensificada a fiscalização por parte do Ministério do Trabalho e ao se reconhecer – quando há pendências trabalhistas e previdenciárias – a responsabilidade subsidiária das empresas tomadoras de serviços terceirizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O setor de saúde apresenta certas características que o distinguem dos demais setores de atividade econômica, sobretudo por se tratar de um espaço em que predomina a incerteza sobre a incidência da doença e a eficácia do tratamento – que pode, inclusive, tornar irreversível o quadro do paciente. Tais especificidades tornam o setor de saúde um espaço de acumulação diferenciado, com assimetrias e desigualdades incompatíveis, em muitos aspectos, com as estratégias empresariais e de mercado.

Após a 2ª Guerra Mundial, estabeleceu-se – principalmente nos países europeus – um período de grande prosperidade econômica que possibilitou uma repartição mais eqüitativa dos ganhos na sociedade. O *Welfare State* representou um modelo de proteção social em que o risco era entendido como um problema da coletividade, e a segurança (nos seus vários aspectos: garantia de emprego, de renda crescente e proteção social) era um direito de cidadania. Entretanto, um conjunto de fatores econômicos e políticos acarretou a crise desse sistema no início da década de 1970, introduzindo a necessidade de reorganização produtiva das empresas e o reposicionamento dos Estados no tocante ao padrão de regulação do trabalho e ao modelo de proteção social vigente.

Nesse contexto, a saúde passa a sofrer uma maior exposição ao mercado – com a mercantilização dos serviços de cuidado médico e a retração do setor público no financiamento do setor de saúde –, o que contribuiu sobremaneira para elevar as falhas nesse mercado que, por suas especificidades, deveria ter sua provisão limitada às instituições não-mercantis, sob pena de aumentar as dificuldades e a iniqüidade envolvida no acesso a tais serviços. Por seu turno, o trabalho no setor de saúde apresenta características próprias que o diferencia das demais ocupações – principalmente por envolver um risco no atendimento ao paciente –, e o torna também menos adequado à introdução de medidas racionalizadoras, com claros prejuízos à qualidade dos serviços prestados.

No Brasil, por seu turno, o processo de desenvolvimento do setor de saúde sempre esteve bastante associado à provisão de serviços pelo setor privado. No entanto, nota-se, a partir das últimas décadas, não a superação do Complexo Médico-Industrial, mas o nascimento e robustecimento de um Complexo Médico-Financeiro. Os preceitos básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), instituídos pela constituição de 1988 – universalidade, integralidade e igualdade nos serviços de saúde –, são extremamente positivos e devem ser preservados, muito embora se reconheça que eles estão subordinados a uma política econômica restritiva e à mercê de problemas inerentes à passagem para a gestão descentralizada, como a baixa contratualização e as dificuldades de financiamento.

A década de 1990, período marcado por grandes transformações econômicas e pelo acirramento da concorrência intercapitalista, trouxe consigo o reposicionamento do Estado em questões cruciais na economia, notadamente no que se refere ao padrão de regulação do trabalho, o que veio acompanhado de um amplo processo de desregulamentação de direitos e de flexibilização das relações de trabalho. Dentre as alterações introduzidas no sistema de relações de trabalho brasileiro, destacam-se as novas formas de determinação da remuneração

e da jornada de trabalho, de contratação da mão de obra, de solução de conflitos e a descentralização das negociações, prevalecendo o negociado sobre o legislado.

As modificações obtiveram baixo grau de efetividade na tentativa de diminuir o desemprego e elevar o número de vínculos formais, contribuindo de forma significativa para o aumento da flexibilidade e, por conseguinte, da precariedade do trabalho no Brasil. Notou-se, nesse período, um avanço acelerado do trabalho informal, do trabalho sem registro em carteira e do desemprego, assim como a redução da participação do rendimento do trabalho no montante da renda nacional.

O processo de precarização das relações de trabalho no setor de saúde foi bastante acentuado durante a última década. A Reforma do Estado – associada ao processo de descentralização da gestão dos serviços – assumiu contornos preocupantes, ao possibilitar a vinculação de novos trabalhadores ao Sistema Único de Saúde através de formas "atípicas" de contratação – com destaque para as cooperativas de trabalho –, **precárias**, por representarem tentativas espúrias de fugir das obrigações trabalhistas e fiscais e, acima de tudo, **irregulares**, acompanhando o entendimento da Justiça do Trabalho de que existe um vínculo empregatício, ainda que este seja negado e camuflado. Além disso, chama atenção o avanço da flexibilização da jornada de trabalho e das formas de remuneração associadas a essas modalidades de vínculo entre setor privado e setor público.

No interior do setor público, a precarização tomou forma através de diferenciações nas remunerações e nos direitos dos trabalhadores – o que foi tornado possível pela existência de diversas formas de vinculação dos profissionais em um mesmo ambiente de trabalho. Em sua maioria, as novas contratações não exigiram concurso público, com o uso de contratos que deveriam ser utilizados em situações excepcionais, como o contrato por prazo determinado, mas que tem sido utilizados recorrentemente como forma de "driblar" os constrangimentos econômicos e de ordem legal que impedem a contratação de novos servidores pelas "vias normais". Outros aspectos que ganham destaque, nesse período, são a ausência de espaços de negociação no âmbito do setor público e o avanço da terceirização, com a privatização do espaço público.

Já no setor privado, em que o pudor dos gestores é ainda menor, e prevalece a noção de eficiência em detrimento das noções de justiça social e eqüidade, houve na última década uma explosão do número de autônomos contratados, através de cooperativas de trabalho, assim como cresceu significativamente a contratação de estagiários e a terceirização. Isso tudo foi acompanhado de um ambiente extremamente hostil para as negociações com os trabalhadores, o que implicou em drástico rebaixamento salarial, com clara tendência à deterioração das relações de trabalho.

Esse ambiente, de ausência de estabilidade no emprego, baixos salários, ausência de proteção social e alta rotatividade do trabalho gera diversas implicações sociais, que se apresentam na forma de uma elevação do grau de incerteza em relação ao futuro e da transferência dos riscos derivados do processo de trabalho para os empregados. Com isso, devem ser procuradas soluções para diminuir a flexibilidade e a precariedade das formas de contratação no setor de saúde, uma vez que é amplamente conhecida a assimetria existente entre as partes envolvidas nos contratos de trabalho.

Aos trabalhadores terceirizados devem ser garantidas condições idênticas às dos empregados da empresa tomadora dos serviços no que se refere às medidas de proteção à saúde e à

segurança dos trabalhadores. Deve-se verificar, também, se as empresas prestadoras de serviços têm capacidade de honrar as obrigações trabalhistas. Do contrário, a empresa tomadora dos serviços deverá ser acionada em função da sua responsabilidade subsidiária.

É imprescindível o estímulo à criação e o aperfeiçoamento de espaços democráticos destinados às negociações coletivas do trabalho, com vistas à resolução dos conflitos nas relações de trabalho, preservando o nível de emprego e garantindo boas condições de trabalho aos empregados.

Olhando por outro prisma, o setor de saúde poderia assumir um papel importante na reversão do processo de desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho ocorrido no Brasil ao longo da década de 1990. O perfil da ocupação em saúde é claramente melhor do que a média do mercado geral de trabalho, tanto no que se refere ao padrão de remuneração, quanto ao grau de instrução e o nível de formalização do emprego. Mais do que isso, o setor de saúde, a exemplo do setor de educação, é uma das atividades econômicas cuja centralidade do trabalho é notória.

Nesse sentido, ao adotar políticas de saúde preventivas, além de contribuir para a elevação do bem-estar da população, se estaria também promovendo um significativo acréscimo na geração de emprego e renda, através da criação de novos postos de trabalho cuja qualidade é superior à média, e que conta com um maior nível de regulamentação no que se refere ao uso do trabalho.

Porém, antes de qualquer atuação mais específica, é necessário garantir uma retomada do crescimento econômico capaz de sustentar tais ações. O baixo dinamismo da economia, as dificuldades de crescimento e o distanciamento entre as necessidades da população e a real elevação do orçamento de saúde criaram uma tensão entre as trajetórias do orçamento disponível e do custo do sistema.

> Mesmo se considerando a restrição existente, é inquestionável que, na situação brasileira, as ocupações do setor saúde tendem ter um padrão de remuneração e qualificação superior à média de nosso mercado de trabalho não agrícola. Neste sentido, o gasto do setor saúde tem um triplo impacto positivo sobre o mercado de trabalho: na contribuição da geração de novas oportunidades de trabalho, sobre o nível médio de qualificação e sobre a remuneração média (DEDECCA *et al*, 2005b: 17).

Faz-se necessária uma política econômica voltada para metas de crescimento e elevação do bem-estar da população (e não centrada apenas em metas de inflação e na relação entre a dívida e o PIB). Outrossim, urge uma política concreta de valorização do salário mínimo e de redução da jornada de trabalho, acompanhada de uma política de valorização dos servidores públicos e do aumento da fiscalização por parte do Ministério do Trabalho.

O cenário de estagnação econômica em que está imerso o país, a complexidade do macro-setor saúde, o acentuado processo de precarização das relações de trabalho em saúde ocorrido na última década e sua relação com o desenho institucional das políticas de saúde merecem outros estudos, assim como serão bem-vindos trabalhos a respeito dos impactos do setor de saúde na geração de emprego e renda e na melhoria do perfil do mercado de trabalho brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Célia. ***O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil****: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: IPEA, TD 599, 80 p., 1998. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>

ANDRADE, José Roberto de Lima e SILVA, Luiz Marcos de Oliveira. A Cadeia Produtiva da Saúde. In: FALCÓN, Maria Lúcia de O. e HANSEN, Dean Lee (Orgs). ***Cenários de Desenvolvimento Local:*** *Estudos Exploratórios*. Aracaju: SEPLAN, 2003.

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky. ***Formas de remuneração de serviços de saúde***. Texto para Discussão n° 1006. IPEA: Brasília, dezembro de 2003.

ARRETCHE, Marta T. S. Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: Teorias Explicativas. ***Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais – BIB***. Rio de Janeiro, n° 39. 1° Semestre de 1995. pp. 03 a 40.

ARROW, K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. In: ***American Economic Review***, n. 53, p. 941-973, 1963.

BAHIA, Ligia. Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado. In: ***Revista Saúde e Sociedade***, v.14, n.2, p.9-30, maio-agosto de 2005.

BALTAR, Paulo Eduardo de Andrade. Estrutura econômica e emprego urbano na década de 1990. In: PRONI, Marcelo W. e HENRIQUE, Wilnês (orgs). ***Trabalho, Mercado e Sociedade:*** *o Brasil nos anos 90*. São Paulo: Editora UNESP; Campinas, SP: Instituto de Economia da UNICAMP, 2003.

BARALDI, Solange. ***Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho****: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem*. Tese de Doutorado. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2005.

BARROS SILVA, Pedro Luiz e COSTA, Nilson do Rosário. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: NEGRI, Barjas, FARIA, Regina, VIANA, Ana Luiza D'Ávila (orgs). ***Recursos Humanos em Saúde****: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: IE/UNICAMP, 2002.

BÉRESNIAK, Ariel e DURU, Gérard. ***Economia da Saúde.*** Lisboa: Climepsi, 1999.

BIASOTO JR., Geraldo. Recursos humanos e qualificação profissional: impasses e possibilidades. ***Revista Formação***, Nº 05. Brasília, maio de 2002.

BIHR, Alain. ***Da Grande Noite à Alternativa*** *- O Movimento Operário Europeu em Crise*. Ed. Boitempo, 1999.

BOLAÑO, C. R. S. e MATTOS, F. A. M. Conhecimento e Informação na atual Reestruturação Produtiva: para uma crítica das teorias da Gestão do Conhecimento. ***DataGramaZero*** - *Revista de Ciência da Informação* - v.5 n.3 jun/04. Disponível em: <www.dgz.org.br/jun04/Art_03.htm>

BOLAÑO, César Ricardo Siqueira e SILVA, Luiz Marcos de Oliveira. Trabalho médico e capitalismo: uma introdução à economia política dos serviços de saúde. In: ***Anais do X Encontro Nacional de Economia Política***. Campinas-SP, 24 a 27 de maio de 2005.

BRAGA, Douglas Gerson. ***Sistema Democrático de Negociação Permanente - SINP****: uma concepção política.* 02/12/2004.

BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sérgio Góes de. ***Saúde e Previdência****: estudos de política social*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRAGA, José Carlos de Souza e BARROS SILVA, Pedro Luiz. Introdução: A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NEGRI, Barjas, DI GIOVANNI, Geraldo (orgs.). ***Brasil***: *radiografia da saúde*. Instituto de Economia/UNICAMP: Campinas, 2001.

BRASIL. ***Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS****: democratização nas relações de trabalho no Sistema Único de Saúde SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. ***Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS***. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, agosto de 2003b.

BRITO, Pedro; GALIN, Pedro e NOVICK, Marta. ***Relaciones laborales, condiciones de trabajo y participación en el sector salud***. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília, 2001.

BURAWOY, Michael. A transformação dos regimes fabris no capitalismo avançado.In: ***Revista Brasileira de Ciências Sociais***, n° 13. Rio de Janeiro: ANPOCS. 1990.

CAMPOS, F. E. e ALBUQUERQUE, E. M. As Especificidades Contemporâneas do Trabalho no Setor Saúde: notas introdutórias para uma discussão. ***VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho, Abet***, 26 p., 1999. Disponível em <http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet>

CARDOSO JR, José Celso. Crise e Desregulação do Trabalho no Brasil. ***Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas***. Texto para Discussão n° 814. Brasília, agosto de 2001.

CARVALHO, Gilson. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. Trabalho apresentado na ***Jornada de Economia da Saúde – Ciclo de Debates***. Brasília-DF. 15 de junho de 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_des/index_des.htm>. Acesso em 11/12/2005.

CASTEL, Robert. ***As Metamorfoses da Questão Social****: uma crônica do salário.* 4 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1998.

CHERCHIGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: Santana JP; Castro JL. (orgs) ***Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde***. Natal: UFRN, 1999. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos-apoio/pub04U3T5.pdf>. Acesso em: 06/12/2005.

CORDEIRO, H. ***A Indústria da Saúde no Brasil***. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

COSTA, N. R.; BARROS SILVA, P. L.; RIBEIRO, J. M. Inovações organizacionais e de financiamento: experiências a partir do cenário institucional. In: NEGRI, B., DI GIOVANNI, G. (orgs.). ***Brasil***: *radiografia da saúde*. IE/UNICAMP: Campinas, 2001.

COSTA, Nilson do Rosário. ***O Colapso Organizacional dos Hospitais Públicos e a Capacidade Institucional da Política de Saúde***. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: 11/052005. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/saudemetropolitana/arquivos/arq321.pdf>. Acesso em: 30/11/2005.

COSTA, Nilson do Rosário. Política social e ajuste macroeconômico. In: ***Caderno de Saúde Pública***. Rio de Janeiro, n. 18 (Suplemento): 13-21, 2002.

DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. ***Economia e Sociedade***, n. 17. Campinas: IE/UNICAMP, dez. 2001.

DAU, Denise Motta. Enfrentar a precarização do trabalho: por uma legislação de combate à terceirização. Site da ***Central Única dos Trabalhadores***. Seção: Ponto de Vista 25/10/2005. Disponível em: < www.cut.org.br >. Acesso em 21/12/2005.

DEDECCA, Cláudio Salvadori. ***Racionalização econômica e trabalho no capitalismo avançado***. Campinas: Instituto de Economia, 1999.

DEDECCA, Cláudio Salvadori; PRONI, Marcelo Weishaupt; MORETTO, Amilton. O Trabalho no Setor de Atenção à Saúde. In: NEGRI, Barjas, DI GIOVANNI, Geraldo (orgs.). ***Brasil***: *radiografia da saúde*. Instituto de Economia/UNICAMP: Campinas, p. 175-216, 2001.

DEDECCA, Cláudio Salvadori; ROSANDISKI, Eliane Navarro; CARVALHO, Marcelo Soares; BARBIERI, Carolina Veríssimo. A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil. ***Revista Trabalho, Educação e Saúde***, v. 3 n. 1, p. 123-142, 2005a. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/revista/. Acesso em: 22/08/2005.

DEDECCA, Cláudio Salvadori (Coord.); ROSANDISKI, Eliane Navarro; GARCIA, Carlos Henrique Menezes. ***O Setor Saúde e a Geração de Emprego*** (*5° Relatório de Atividade*). Campinas, 2005b (versão para uso restrito).

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: ***Revista Formação***, n. 2, p. 05-15. PROFAE: Brasília, maio de 2001. Disponível em: < www.saude.gov.br/profae >

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. ***Medicina e Sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

FAGNANI, E. Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período 1993/98. ***Economia e Sociedade***, n. 13. Campinas: IE/UNICAMP, dez. 1999.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. . Segmentação de mercado na assistência à saúde. In: ***Anais do VI encontro Brasileiro de Economia da Saúde***. Nova Friburgo-RJ: 09 e 10 de dezembro de 2002 (versão mimeografada).

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. ***Revista Ciência e Saúde Coletiva***, n. 08 (2): 521-535. São Paulo, 2003.

GIMENEZ, Denis Maracci; KREIN, José Dari; BIAVASCHI, Magda B. As cooperativas de mão–de–obra e os tribunais regionais do trabalho. ***Revista da ABET***, São Paulo, v. III, n. 1, p. 3-28, 2003.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI JR., João Batista; ARAÚJO, Jackson Freire. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: FALCÃO, André *et al*. ***Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil:** Estudos e Análises* – Volume 2. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GIRARDI, Sábado Nicolau e CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI JR, João Batista. Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região sudeste do Brasil: um estudo exploratório. In: ***Revista Espaço para a Saúde*** (versão *on line*). Volume 2 Número 1, Dezembro de 2000a. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/FITSHRSP.htm>

GIRARDI, Sábado Nicolau e CARVALHO, Cristiana Leite. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, Barjas, FARIA, Regina, VIANA, Ana Luiza D'Ávila (orgs). ***Recursos Humanos em Saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: IE/UNICAMP, 2002.

GIRARDI, Sábado Nicolau; SEIXAS, Paulo Henrique. Dilemas da regulamentação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. ***Revista Formação***, Nº 05. Brasília, maio de 2002.

GIRARDI, Sábado Nicolau; FERNANDES JR, Hugo; CARVALHO, Cristiana Leite. A Regulamentação das Profissões de Saúde no Brasil. In: ***Revista Espaço para a Saúde*** (versão *on line*). Volume 2 Número 1, Dezembro de 2000b. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm>

GIRARDI, Sábado Nicolau. Aspectos do(s) Mercado(s) de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CADRHU***. Natal: OPAS, 1999.

GROVER, C. e STEWART, J. Market Workfare: social security and competitiveness in the 1990's. In: ***Journal of Social Policy***, vol 28, n° 01, Cambridge: Cambridge University Express, 1999.

KREIN, José Dari. Balanço da reforma trabalhista do governo FHC. In: PRONI, Marcelo W. e HENRIQUE, Wilnês (orgs). ***Trabalho, Mercado e Sociedade:*** *o Brasil nos anos 90*. São Paulo: Editora UNESP; Campinas, SP: Instituto de Economia da UNICAMP, 2003.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de 'transição democrática' – anos 80. In: SANTANA, J. P. (org.). ***Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)***. Brasília: OPAS/OMS/BR, 1997.

MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquilas. O risco da volta do (des) financiamento do SUS. ***Gazeta Mercantil***. São Paulo, 01 de outubro de 2001.

MARSHALL, T. ***Política social***. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARX, Karl (1866). *Capítulo Sexto (Inédito) d'O Capital*. Lisboa: Escorpião, 1975.

MARX, Karl. ***O Capital****: Crítica da Economia Política*. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MATIAS, Álvaro. O mercado de cuidados de saúde. ***Associação Portuguesa de Economia da Saúde***, Documento de trabalho 5/95. Estoril - PT, Novembro de 1995.

MATTOSO, Jorge. Tecnologia e emprego: uma relação conflituosa. ***São Paulo em Perspectiva***, 14 (3). São Paulo, 2000.

MEDICI, A.C. Estrutura e Dinâmica da Força de Trabalho Médica no Brasil na Década de Setenta. In: MEDICI, A. (Org.). ***Recursos Humanos em saúde****: Textos de Apoio - Planejamento 1*. Rio de Janeiro: ENSP/ABRASCO/FIOCRUZ, 1987.

MEDICI, A. C. A Regulação do trabalho no âmbito da saúde. In: SANTANA, José Paranaguá de (Coord.). ***Regulação do trabalho em saúde*****.** Organização Pan-Americana da Saúde. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n° 06. Brasília: 1994.

MEDICI, A. C. Perfil da Saúde no Brasil. ***Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada***. TD n° 472. Brasília, Abril de 1997.

MÉDICI, A. C. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: PIOLA, S. F. e VIANNA, S. M. (orgs.). ***Economia da Saúde****: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. 3 ed, Brasília: IPEA, número 149, p. 23-68, 2002.

MEHRY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; QUEIRÓZ, M. S. Processo de Trabalho e Tecnologia na rede Básica de Serviços de saúde: alguns aspectos teóricos e históricos. ***Cadernos de Pesquisa*** n° 06. Campinas: NEPP/UNICAMP, 1989.

MELO, Hildete Pereira de; ROCHA, Carlos Frederico L.; FERRAZ, Galeano; DI SABBATO, Alberto; DWECK, Ruth H. ***O Setor de Serviços no Brasil****: uma visão global 1985-95*. Rio de Janeiro, IPEA (Texto para discussão nº 549), 1998. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>

MENDES, Áquilas. Os embates políticos e econômicos na trajetória de financiamento do SUS. In: ***Anais do I Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe***. Rio de Janeiro, 30 de novembro a 03 de dezembro de 2004.

MILLS, Wright. ***A Nova Classe Média***. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MORETTO, Amilton e KREIN, José Dari. O crescimento da formalização do emprego: como explicá-la? In: ***Anais do IX Encontro Nacional de Estudos do Trabalho.*** ABET: Recife, novembro de 2005.

MOTTA, Paulo Roberto. ***Desempenho em equipes de saúde****: manual*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

NEGRI, Barjas, DI GIOVANNI, Geraldo (orgs.). ***Brasil***: *radiografia da saúde*. Instituto de Economia/UNICAMP: Campinas, 2001.

NICOLELLA, Alexandre Chibebe e GUILHOTO, Joaquim José Martins. Análise da contribuição do setor saúde para a economia brasileira. In: ***Anais do I Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe***. Rio de Janeiro, 30 de novembro a 03 de dezembro de 2004. Disponível em: <http://www.abres.cict.fiocruz.br>. Acesso em 09/12/2005.

NOGUEIRA, RP. ***Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil***: *1970-1983*. Brasília: MS/OPAS; 1986.

NOGUEIRA, Roberto Passos. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. ***Organização do cuidado a partir de problemas****: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família*. Brasília: OPAS/BR, 2000.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. In: Lima, J. C. e Santana, J. P. (orgs.). ***Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde****: CADRHU*. Natal-RN: OPS/OMS, 1999. P. 443-450.

NOGUEIRA, Roberto Passos (Coord.). ***Árvore Lógica da Contratação de Recursos Humanos no SUS***. Programa de Políticas de Recursos Humanos em Saúde - Núcleo de Estudos de Saúde Pública/UNB. Brasília, s/d. Disponível em: <http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/rhsus/frameset_b_3.htm>. Acesso em 23/12/2005.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Políticas de Recursos Humanos de Saúde. In: ***Revista Formação***. N. 5, PROFAE, Ministério da Saúde, 2002.

NOGUEIRA, Roberto Passos; BARALDI, Solange; RODRIGUES, V. de A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: FALCÃO, André *et al*. ***Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil:*** *Estudos e Análises* – Volume 2. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico B.; RAMOS, Zuleide Oliveira. ***A vinculação institucional de um trabalhador*** **sui generis** – *o agente comunitário de saúde*. IPEA, TD Nº 735. Rio de Janeiro, junho de 2000.

NOGUEIRA, Roberto Passos. ***Novas Tendências Internacionais da Força de Trabalho do Setor Público****: o Brasil comparado com outros países*. Brasília-DF: Observatório de Recursos

Humanos em Saúde (NESP/CEAM/UnB), Agosto de 2005. Disponível em: <http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/Relatorios/rpn_port.pdf>. Acesso em: 12/12/2005.

OLIVEIRA, Francisco de. ***A Economia da Dependência Imperfeita***. 5 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

PEREIRA, Larissa Dahmer. A Gestão da Força de Trabalho em Saúde na Década de 90. ***PHYSIS****: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (2): 363-382, 2004.

PIERANTONI, Celia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. ***Revista Ciência & Saúde Coletiva***. v.6, n.2. São Paulo, 2001.

PIERANTONI, Celia Regina. A informação para a gestão local de recursos humanos da saúde: o sistema de informação e gestão de recursos humanos em saúde. In: FALCÃO, André *et al*. ***Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil:*** *Estudos e Análises* – Volume 1. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

PIERSON, Christopher. ***Beyond the Welfare State***? Cambridge: Polity Press, 1991.

PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). ***Economia da Saúde****: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. 3 ed. Brasília: IPEA, número 149, 2002.

PIRES, Denise. ***Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil***. São Paulo: CUT/Annablume, 1998.

POSSAS, Cristina de Albuquerque. ***Saúde e Trabalho****: a Crise da Previdência Social*. Biblioteca de Saúde e Sociedade, v. 8. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

QUINTANA, Pedro E. B.; RÍGOLI, Félix; PADILLA, Mônica. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. In: NEGRI, Barjas, FARIA, Regina, VIANA, Ana Luiza D'Ávila (orgs). ***Recursos Humanos em Saúde****: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: IE/UNICAMP, 2002.

REVISTA CANAL SAÚDE. Ano 6, número 31, maio/junho de 2005.

SALIM, Rosa Amélia Andrade Dantas. ***Força de Trabalho em Saúde****: o emprego em saúde como expressão das políticas de reforma na organização social dos serviços – Sergipe, 1980 – 1987*. Dissertação de Mestrado. Salvador-BA: DMP/UFBA, 1992.

SANTANA, J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: SANTANA, J. P. (org.). ***Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)***. Brasília: OPAS/OMS/BR, 1997.

SANTANA, José Paranaguá de (Coord.). ***Regulação do trabalho em saúde.*** Organização Pan-Americana da Saúde. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n° 06. Brasília: 1994.

SANTOS, Verlane Aragão; SILVA, Luiz Marcos de Oliveira. Reestruturação Produtiva e Trabalho no Setor de Saúde em Aracaju. In: HANSEN, Dean Lee; FALCÓN, Maria Lúcia de

Oliveira; SILVA, Nilton Pedro. ***Estudos Econômicos sobre Tecnologia e Desenvolvimento Regional.*** Aracaju: SEPLAN/PMA, 2005. p. 289-315.

SANTOS, Tania Steren dos. Considerações sobre mudanças na profissão médica e diferenciações ocupacionais no interior de um Hospital Universitário (HCPA). In: ***XII Congresso Brasileiro de Sociologia***. Belo Horizonte, 2005.

SILVA, Luiz Marcos de Oliveira. ***Reestruturação Produtiva e Trabalho no Setor de Saúde em Aracaju***. Monografia de Graduação. UFS: Aracaju, fevereiro de 2003. Disponível em: < http://www.cofecon.org.br/xii_premio/monografia.htm >

SILVA, Luiz Marcos de Oliveira; GALIZA, Marcelo; OLIVEIRA, Tiago. ***Políticas Sociais no Brasil****: uma crítica ao avanço do pensamento conservador***.** Campinas-SP, 2004. (mimeo).

SILVA, Sílvio Fernandes da. Medicina social e gestão pública – da teoria à prática. In: ***Revista RADIS*** *– Comunicação em Saúde*. n 34, junho de 2005. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/radis>

SOUZA, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. In: ***São Paulo em Perspectiva***, 18 (2): 27-41, 2004.

SPINK, Mary J. Paris. Regulamentação das Profissões de Saúde: O espaço de cada um. In: ***Cadernos Fundap***, São Paulo, 5 (10): 24-43, julho, 1985.

URIARTE, Oscar Ermida. ***A flexibilidade***. São Paulo: LTr, 2002.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Modelos de Proteção Social e a Regulação dos Mercados de Saúde. In: ***Fórum de Saúde Suplementar***. Brasília, 2003. Disponível em: <www.ans.gov.br/portal/site/forum-saude/modeloinstitucional/BB9>

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. In: ***Anais do I Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe***. Rio de Janeiro, 30 de novembro a 03 de dezembro de 2004. Disponível em: < http://www.abres.cict.fiocruz.br >

VIANNA, Cid Manso de Mello. O Impacto das Ações da ANS no Mercado Operador. Documento elaborado para o ***Fórum de Saúde Suplementar***, julho de 2003, disponível em: <http://www.ans.gov.br>

VIANNA, Solon Magalhães (Coordenador). ***Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento***. Volume I. Ministério da Saúde/SCTIE-DES e IPEA/DISOC. Brasília-DF, Fevereiro de 2005.

WILLIANSON, O. E. La logica de la organizacion económica. In: WILLIANSON, O. E. E WINTER, S. (orgs.). ***La naturaleza de la empresa****: orígenes, evolución y desarrollo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1996.

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

ANEXOS

Tabela 1.1

Ganhos de produtividade do trabalho em países selecionados - 1993 a 2004 (%)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Austrália	0,61	0,17	1,57	4,92	3,03	3,57	1,29	0,32	3,46	1,36	2,75	0,91
Bélgica	2,34	3,73	1,80	0,97	1,32	0,89	2,47	1,92	-0,88	1,14	1,60	3,55
Canadá	1,02	1,94	1,40	0,17	4,03	1,56	2,34	3,25	1,14	2,16	0,84	..
França	1,11	2,33	2,95	0,43	2,30	2,78	1,78	3,87	1,19	3,32	1,08	1,62
Alemanha	1,88	2,90	2,70	2,51	2,42	1,39	1,46	2,50	1,68	1,54	0,79	1,15
Itália	2,53	4,71	2,46	0,40	1,64	0,55	0,73	1,36	0,56	-1,28	-0,38	0,73
Japão	3,02	1,36	2,63	2,57	2,24	0,80	2,47	1,90	1,48	1,72	1,46	3,16
Holanda	2,45	3,04	2,09	-2,55	1,10	2,56	2,84	-0,13	-0,62	2,40	-1,68	1,96
Reino Unido	3,68	2,81	1,71	1,92	1,58	2,41	2,19	3,40	1,34	2,13	1,96	2,46
Estados Unidos	0,94	1,68	0,62	2,90	1,74	2,82	3,03	1,99	1,90	2,52	2,59	3,16
EU15[1]	2,10	2,93	2,21	1,34	1,94	1,53	1,56	2,52	1,10	1,53	0,98	1,49
OECD total[2]	1,51	1,93	1,25	1,83	1,86	2,57	2,28	2,43	1,58	1,66	1,96	..

Fonte: OECD Factbook 2006: Economic, Environmental and Social Statistics - ISBN 92-64-03561-3 - © OECD 2006.

1. Excluindo a Áustria.

2. Excluindo a Áustria, República Tcheca, Hungria, Polônia, República da Eslováquia e turquia.

Tabela 1.2

Taxas de crescimento do Produto Interno Bruto em países selecionados - 1998 a 2005 (%)

País	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Austrália	5,0	4,4	3,3	2,2	4,1	3,1	3,6	2,5
Bélgica	1,9	3,1	3,7	1,2	1,5	0,9	2,4	1,5
Canadá	4,1	5,5	5,2	1,8	3,1	2,0	2,9	2,9
França	3,4	3,2	4,1	2,1	1,3	0,9	2,1	1,4
Alemanha	2,0	1,9	3,1	1,2	0,1	-0,2	1,6	0,9
Itália	1,8	1,7	3,0	1,8	0,3	0,1	0,9	0,1
Japão	-1,8	-0,2	2,9	0,4	0,1	1,8	2,3	2,7
Holanda	4,3	4,0	3,5	1,4	0,1	-0,1	1,7	1,1
Reino Unido	3,2	3,0	4,0	2,2	2,0	2,5	3,1	1,8
Estados Unidos	4,2	4,4	3,7	0,8	1,6	2,7	4,2	3,5

Fonte: Fundo Monetário Internacional, World Economic Outlook Database, Abril de 2006.

Tabela 1.3
Gastos Totais com Proteção Social como % do PIB (1990-2001)

País	1990	1995	2000	2001
Australia	14,2	17,8	18,6	18,0
Austria	24,1	26,6	26,0	26,0
Belgium	26,9	28,1	26,7	27,2
Canada	18,6	19,6	17,3	17,8
Czech Republic	17,0	18,9	20,3	20,1
Denmark	29,3	32,4	28,9	29,2
Finland	24,8	31,1	24,5	24,8
France	26,6	29,2	28,3	28,5
Germany	22,8	27,5	27,2	27,4
Greece	20,9	21,4	23,6	24,3
Hungary	..	..	20,0	20,1
Iceland	16,4	19,0	19,7	19,8
Ireland	18,6	19,4	13,6	13,8
Italy	23,3	23,0	24,1	24,4
Japan	11,2	13,5	16,1	16,9
Korea	3,1	3,6	5,6	6,1
Luxembourg	21,9	23,8	20,0	20,8
Mexico	3,8	8,1	9,9	11,8
The Netherlands	27,6	25,6	21,8	21,8
New Zealand	21,9	18,9	19,2	18,5
Norway	24,7	26,0	23,0	23,9
Poland	15,5	23,8	21,9	23,0
Portugal	13,9	18,0	20,5	21,1
Slovak Republic	..	19,2	18,3	17,9
Spain	19,5	21,4	19,9	19,6
Sweden	30,8	33,0	28,6	28,9
Switzerland	17,9	23,9	25,4	26,4
Turkey	7,6	7,5	..	..
United Kingdom	19,5	23,0	21,7	21,8
United States	13,4	15,5	14,2	14,8
EU15	23,4	25,6	23,7	24,0

Fonte: OCDE (2005).

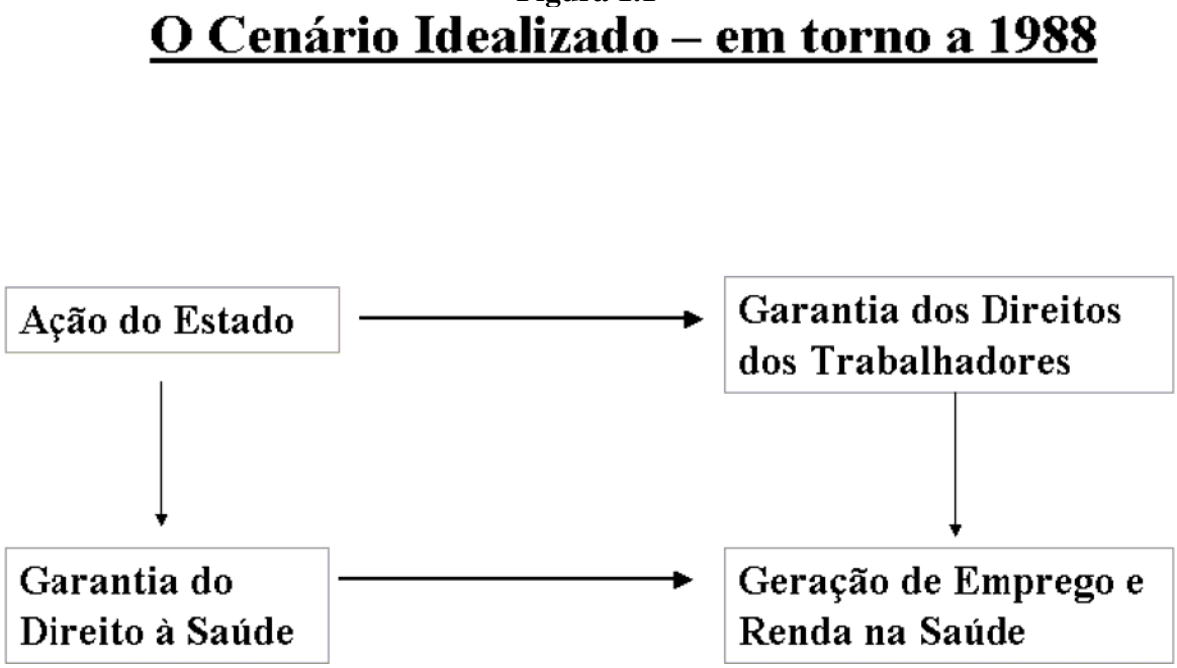
Quadro 1.1

Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil

Até 1850 – Saúde pública se limitava a: delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e controle de navios e saúde dos portos.
1904 – Governo envia ao Congresso projeto reinstaurando a obrigatoriedade da vacinação antivariólica. Intervenção conhecida como "campanhista".
1920 – Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, que tem à frente Carlos Chagas.
1923 – Criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) – em parte financiadas pelo operariado urbano. Entre os direitos: aposentadoria e socorros médicos para a família.
1930 – Criação do Ministério da Educação e Saúde.
1933 – Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) substituem as CAPs. Alguns benefícios: assistência médica e hospitalar e socorros farmacêuticos.
1953 – Criação do Ministério da Saúde. Na segunda metade da década, com assalariamento da população, cresce pressão por assistência médica e complexo médico-hospitalar.
1967 – Intervenção do governo militar em seis IAPs, no Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (Samdu) e na Previdência Social para implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).
1974 – Ministério da Previdência e Assistência Social.
1975 – Movimento pela reforma sanitária brasileira. Instituição do Sistema Nacional de Saúde. Divisão entre medicina curativa (Ministério da Previdência) e preventiva (Saúde).
1976 – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).
1978 – Com o aumento do número de beneficiários, o sistema médico previdenciário não suporta demanda, o que abre espaço para a iniciativa privada e dá origem ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Conferência de Alma-Ata – "Saúde para todos no ano 2000".
1983 – Instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS) – projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação) – exercício de descentralização da Saúde.
1986 – VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) – estabeleceu princípios que pautaram discussão sobre Saúde na Assembléia Nacional Constituinte.
1987 – Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) com respaldo do Inamps. A criação do Suds foi a consolidação das AIS e reflexo prático e institucional da VII CNS. Período (85 a 88) do surgimento do Conass e Conasems.
1988 – Assembléia Nacional Constituinte – A Constituição de 1988, em seu artigo 196 afirma que a "Saúde é direito de todos e dever do Estado". O SUS é definido no artigo 198.
1990 – (Março) – Transferência do Inamps, do Ministério da Previdência e Assistência Social para o Ministério da Saúde. Cisão entre previdência e Saúde. O SUS começa a ser implantado a partir do Inamps que, no entanto, continuou sendo financiado pela Previdência. (Setembro) – Lei 8080 – regulamenta o funcionamento do SUS. (Dezembro) – Lei 8142 – Regulamenta o controle social do SUS, com a instituição dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de
1991 – Início da era dos governos neoliberais. Editada a primeira NOB (Normas Operacionais Básicas) – instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da União para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, entre outros.
1992 – IX CNS acontece com atraso de dois anos, buscando resgatar as conquistas da VIII CNS. Reivindica aceleração no processo de municipalização do SUS.
1993 – Extinção do INAMPS. Atribuições repassadas às instâncias federal, estaduais e municipais gestoras do SUS. Com a extinção do Inamps a Saúde deixa também de contar com os recursos da previdência, o que gerou grandes crises de financiamento.
1996 – Instituição da CPMF sob a justificativa de financiamento da Saúde (não beneficiou a Saúde, segundo o declarações do próprio MS – Folha de S. Paulo, 6/11/98, p.4).
2003 – XII CNS, que teve como apelo fazer cumprir a lei.

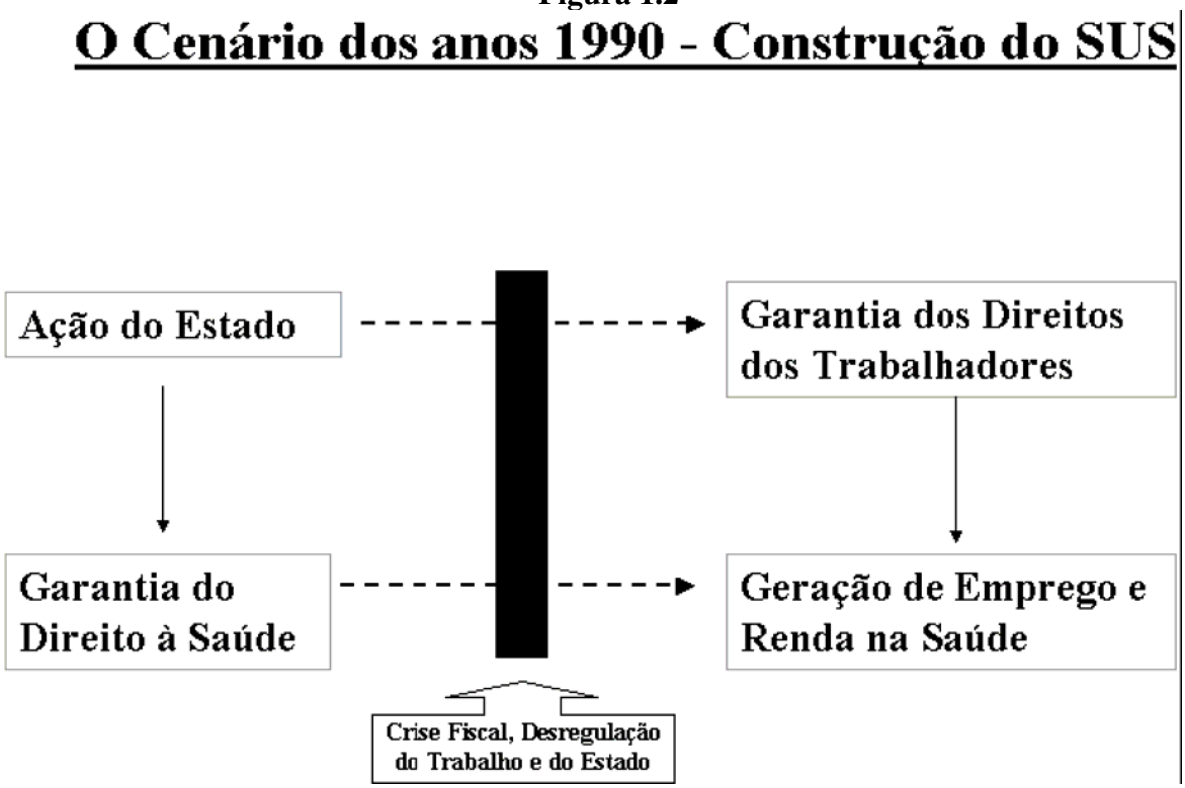
Fonte: Adaptado da Revista Canal Saúde. Ano 6, número 31, maio/junho de 2005.

Figura 1.1



Fonte: apresentação de Roberto Passos Nogueira *apud* Brasil (2003b: 46).

Figura 1.2



Fonte: apresentação de Roberto Passos Nogueira *apud* Brasil (2003b: 47).

Quadro 2.1
Legislação do pessoal de nível médio e elementar da área da saúde

Grupo	Ocupação	Ano e Legislação CFE (Habilitação e Currículo Mínino)	Regulação do exercício
Administração Hospitalar	Técnico em Administração	1979 Parecer CFE 1.468	
	Auxiliar de Administração	1972 Resolução CFE 2 Parecer CFE 45/72	
	Secretário de Unidade de Internação	1972 Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72	
	Técnico em Registros de Saúde	1989 Parecer CFE 353 Resolução CFE 2	
	Auxiliar em Registros de Saúde	1989, 1990 Parecer CFE 353/89 Resolução CFE 2/89 Parecer CFE 130/90	
Análises Clínicas	Laboratorista de Clínicas	1972 Resolução CFE 2, Parecer CFE 45/72	
	Técnico em Histologia	1975 Parecer CFE 2.934	
	Auxiliar de Histologia	1975 Parecer CFE 2.934	
	Técnico em Patologia Clínica	1975 Parecer CFE 2.934	
	Auxiliar de Patologia Clínica	1975 Parecer CFE 2.934	
	Técnico em Hematologia	1990 Parecer CFE 59	
	Técnico em Hemoterapia	1990 Parecer CFE 59	
	Técnico em Citologia (Citotécnico)	1989 Resolução CFE 2 Parecer CFE 353	

Quadro 2.1
Legislação do pessoal de nível médio e elementar da área da saúde (continuação)

Enfermagem e Serviços Afins	Técnico de Enfermagem	1972, 1977 Resolução 2/72 Parecer 45/72 Resolução CFE 7/77	1986, 1987 **Lei 7.498/86(*)** **Decreto 94.406/87**
	Auxiliar de	1972, 1977 Resolução 2/72 Parecer 45/72 Resolução CFE 7/77	1986, 1987 **Lei 7.498/86** **Decreto 94.406/87**
	Visitador Sanitário	1972 Resolução 2 Parecer 45/72	1986, 1987 **Lei 7.498/86** **Decreto 94.406/87**
Farmácia	Auxiliar de Farmácia	1978 Parecer CFE 5.210	
Nutrição e Dietética	Auxiliar em Nutrição e Dietética	1972 Resolução CFE 2 Parecer 45/72	
	Técnico em Nutrição e Dietética	1974 Parecer CFE 4.098	
Operação de Equipamentos Médicos	Auxiliar Técnico de Radiologia	1972 Resolução 2 Parecer 45/72	
	Técnico em Radiologia Médica (Radiodiagnóstico)	1973 Parecer CFE 1.263	1985, 1986 **Lei 7.394/85** **Decreto 92.790/86**
	Técnico em Médica (Radioterapia)	1973 Parecer CFE 1.263	
	Técnico em Médica (Med.	1988 Parecer CFE 307	
	Técnico em Proteção Radiológica	1974 Parecer CFE 1.672	
	Técnico em Operação de Reator	1974 Parecer CFE 1.672	
	Técnico em Equipamentos Médico-Hospitalar	1989 Parecer CFE 268 Parecer CFE 353	
	Técnico em Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalar	1990 Parecer CFE 28	

Quadro 2.1
Legislação do pessoal de nível médio e elementar da área da saúde (continuação)

Ótica	Técnico em Ótica (Optometrista)	1972, 1983, 1984, 1989 Resolução CFE 2/72 Parecer CFE 45/72 Parecer CFE 404/83 Parecer CFE 481/84 Parecer CFE 269/89	1932, 1945, 1958 **Lei 20931/32** **Decreto 8345/45** **Port. DNS 86/58**
Reabilitação e Serviços Afins	Auxiliar de Fisioterapia	1972 Resolução CFE 2 Parecer CFE 45	
	Auxiliar de Reabilitação	1972 Resolução CFE 2 Parecer CFE 45	
	Técnico de - Fisioterapia - Fonoaudiologia - Terapia ocupacional	1978 Parecer CFE 803	
	Técnico em Psicomotora e de Terapia através da	1976 Parecer CFE 1.162	
	Massoterapeuta	1978 Parecer CFE 803	1961 **Lei 3.968/61**
Saneamento	Técnico em Saneamento	1972 Resolução CFE 2 Parecer CFE 45	
	Laboratorista de Saneamento	1972 Resolução CFE 2 Parecer CFE 45	
	Auxiliar Sanitarista	1972 Resolução CFE 2 Parecer CFE 45	
Saúde no Trabalho	Técnico em Segurança do Trabalho	1987 Parecer CFE 632 Resolução CFE 4	1988, 1989 **Port. MTb 3154/88** **Port. MTb 25/89**
	Técnico e Auxiliar em Enfermagem do	1990 Portaria CFE 718	
Serviços Odontológicos	Técnico em de Prótese Dentária	1976 Parecer CFE 540	1979, 1982 **Lei 6.710/79** **Decreto 87.689/82**
	Auxiliar de de Prótese Dentária	1976 Parecer CFE 540	
	Técnico em Higiene Dental	1975 Parecer CFE 460	
	Atendente de Dentário	1975 Parecer CFE 460	
Habilitação Básica em Saúde	Habilitação Básica em Saúde	1975 Parecer CFE 3962	

Fonte: Diversas; compilado SENAC, 1994. Extraído de Girardi *et al* (2000b)
(*) Essa lei é da Enfermagem, mas tem dispositivos específicos para o Auxiliar e o Técnico de Enfermagem.

Quadro 2.2

Resolução 218 - 97 - Regulamentação das profissões de Saúde

Lei: O plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de março de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n° 8.142 de 28 de dezembro de 1990, considerando que:

A 8° Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como "direito de todos e dever do Estado" e ampliou a compreensão de relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social; a 10° CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de saúde, com todos os seus princípios e objetivos;

✔A importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e
✔O reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tende à concepção de saúde e a integralidade da atenção, RESOLVE:

I - Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias:

1. Assistentes Sociais;
2. Biólogos;
3. Profissionais de Educação Física;
4. Enfermeiros;
5. Farmacêuticos;
6. Fisioterapeutas;
7. Fonoaudiólogos;
8. Médicos;
9. Médicos Veterinários;
10. Nutricionistas;
11. Odontólogos;
12. Psicólogos;
13. Terapeutas Ocupacionais.

II - Com referência aos itens 1,2 e 9 a caracterização como profissional de saúde deve ater-se a dispositivos legais do Ministério da Educação e do Desporto, Ministério do trabalho e aos Conselhos de Classe dessas categorias.

CARLOS CESAR DE ALBUQUERQUE - PRESIDENTE DO CONSELHO

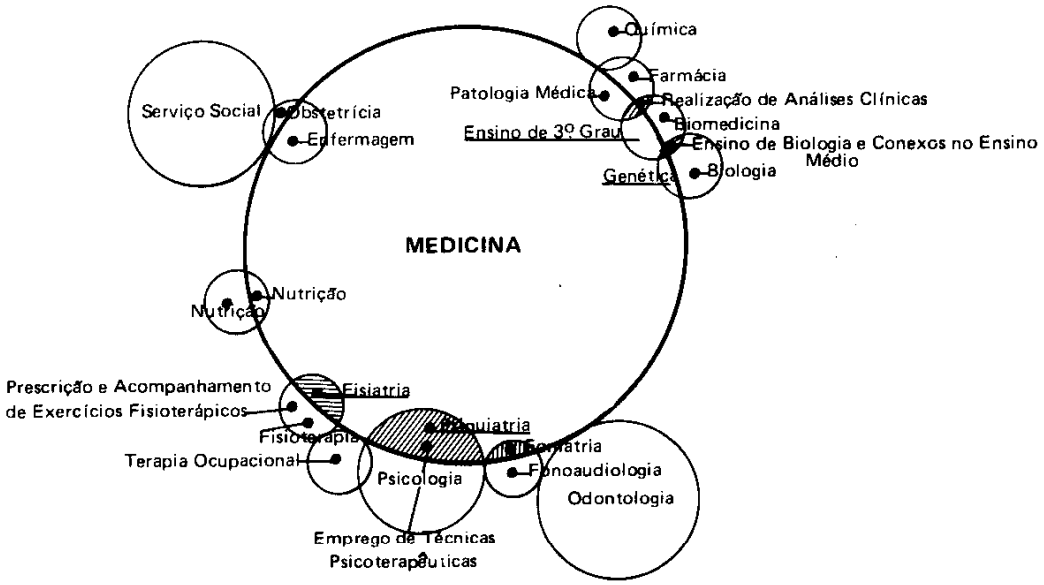
Homologo a Resolução CNS n° 218, de 06 de março de 1997, nos termos do Decreto de Delegação de competência de 12 de novembro de 1991.

CARLOS CESAR DE ALBUQUERQUE - MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

Fonte: Diário Oficial n.º 83, Segunda-feira, 5 de maio de 1997. Seção I, Pág. 8932-33. Extraído do site Saúde em Movimento. Data da Publicação: 05/02/2002. Disponível em: <www.saudeemmovimento.com.br>

Figura 2.1

ÁREAS DE FRONTEIRA NOS CAMPOS DE ATUAÇÃO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE



Observações:

1) O diâmetro dos círculos é proporcional aos efetivos da profissão em 1980, no Estado de São Paulo, conforme os resultados do Censo de Mão-de-Obra do IBGE.
2) A intersecção dos círculos indica áreas de atividade profissional em disputa real ou potencial; as intersecções hachuradas apontam conflitos manifestos entre categorias.

Fonte: Spink (1985: 35).

Quadro 2.3
Setores da Saúde a partir dos Códigos da CNAE-Dom

	CÓDIGOS CNAE-Dom (CENSO 2000)	**DENOMINAÇÕES**
Atividades Fundamentais	85011	Saúde pública
	85012	Saúde particular
	85013	Outras atividades de saúde
Administração Pública	75011	Administração do Estado e da política econômica e social – Federal
	75012	Administração do Estado e da política econômica e social – Estadual
	75013	Administração do Estado e da política econômica e social – Municipal
Atividades Complementares	75020	Seguridade Social
	80011	Educação regular, supletiva e especial pública
	80012	Educação regular, supletiva e especial privada
Atividades de Apoio	24020	Fabricação de produtos farmacêuticos
	33001	Fabricação de aparelhos e equipamentos médico-hospitalares
	53063	Comércio de produtos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, odontológicos e de cosméticos e perfumaria.
	66000	Seguros e previdência privada
	67020	Atividades auxiliares dos seguros e da previdência privada
	71030	Aluguel de objetos pessoais e domésticos
	85030	Serviços sociais
Demais	Demais Atividades Econômicas	

Fonte: Censo 2000. Extraído de Dedecca *et al* (2005b: 27).

Quadro 2.4

Ocupações do Setor Saúde a partir dos códigos da CBO-Dom.

	Código CBO-Dom (CENSO 2000)	Descrição (*)
Núcleo	2231	Médicos
	2232	Cirurgiões Dentistas
	2235	Enfermeiros (Nível Superior)
	3222	Auxiliares de Enfermagem (Nível Técnico)
	5151, 5152	Auxiliares de Enfermagem Prática (Não-Diplomados) e auxiliares de laboratório
	2515	Psicólogos
	2236	Terapeutas (Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos) e trabalhos assemelhados de nível superior
	3225, 3224, 3221	Acupunturistas, técnicos em ortopedia, fisioterapia, protéticos e assemelhados
Afins	2211, 2234	Biologistas, bacteriologistas e trabalhos assemelhados Farmacêuticos e farmacologistas
	2237	Nutricionistas e trabalhos assemelhados
	2516	Assistentes sociais e economistas domésticos
	3223	Ortoptistas e ópticos
	3241	Operadores de equipamentos médicos e odontológicos
Demais	Demais Ocupações	

Fonte: Censo, 2000. Extraído de Dedecca *et al* (2005b: 28).
(*) - Formulada segundo a descrição das ocupações mais freqüentes em cada código de 4 dígitos.

Quadro 3.1

Comparativo entre verbas rescisórias: contrato por prazo indeterminado e contrato por prazo determinado. (Salário = R$ 1.000,00)

	Duração do contrato					
	6 meses		1 ano		2 anos	
Parcelas:	Contrato Normal	Contrato Temporário	Contrato Normal	Contrato Temporário	Contrato Normal	Contrato Temporário
Aviso Prévio	1.000,00	Não há	1.000,00	Não há	1.000,00	Não há
FGTS	480,00	120,00	960,00	240,00	1.920,00	480,00
40% do FGTS (multa)	192,00	Não há	384,00	Não há	768,00	Não há
13º salário	500,00	500,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Férias + 1/3	666,00	666,00	1.333,00	1.333,00	1.333,00	1.333,00
TOTAL	**2.838,00**	**1.286,00**	**4.677,00**	**2.573,00**	**6.021,00**	**2.813,00**

Fonte: <http://www.pt.org.br/assessor/levantaprecariza.htm>, 2001. Extraído de Baraldi (2005: 12).

TABELA 3.1
Número de Cooperativas, Cooperados e Empregados, por Segmento
(Base: 31 de dezembro de 1998 e 2001)

Segmentos	Número de Cooperativas		Número de Cooperados		Número de Empregados	
	1998	**2001**	**1998**	**2001**	**1998**	**2001**
Agropecuário	1.408	1.587	1.028.378	822.294	107.086	108.273
Consumo	193	189	1.412.664	1.467.386	8.017	7.676
Crédito	890	1038	825.911	1.059.369	5.800	20.680
Educacional	193	278	65.818	73.258	2.330	2.720
Infra-estrutura	187	187	523.179	576.299	5.161	5.431
Especial – escolar	4	7	1.964	2.064	6	6
Habitacional	202	297	46.216	69.668	1.226	1.375
Mineração	15	37	4.027	48.481	24	34
Produção	91	147	4.372	9.892	35	348
Saúde	**585**	**863**	**288.929**	**327.191**	**15.443**	**21.426**
Trabalho	1.334	2.391	227.467	322.735	5.057	7.443
Total	**5.102**	**7.021**	**4.428.925**	**4.779.147**	**150.185**	**175.412**

Fonte: OCB/DETEC a*pud* GIMENEZ *et al* (2003: 12).

TABELA 3.2

Número de Cooperativas, Cooperados e Empregados, por Segmento
(Base: 31 de dezembro de 2003)

Ramo	Cooperativas	%	Cooperados	%	Empregados	%
Agropecuário	1.519	20,65	940.482	16,32	110.910	60,93
Consumo	158	2,15	1.920.311	33,32	7.219	3,97
Crédito	1.115	15,16	1.439.644	24,98	23.291	12,80
Educacional	303	4,12	98.970	1,72	2.874	1,58
Especial	7	0,10	2.083	0,04	6	0,00
Habitacional	314	4,27	104.908	1,82	2.472	1,36
Infra-estrutura	172	2,34	575.256	9,98	5.500	3,02
Mineral	34	0,46	48.830	0,85	35	0,02
Produção	113	1,54	9.559	0,17	315	0,17
Saúde	**878**	**11,94**	**261.871**	**4,54**	**23.267**	**12,78**
Trabalho	2.024	27,52	311.856	5,41	4.036	2,22
Turismo e Lazer	12	0,16	396	0,01	2	0,00
Transporte	706	9,60	48.552	0,84	2.099	1,15
Total	**7.355**	100,00	**5.762.718**	100,00	**182.026**	100,00

Fonte: OCB, 2003. Disponível em: <www.ocb.org.br>
Posição em dezembro de 2003