

# DIMENSÃO E CARACTERÍSTICAS DO MERCADO DE TRABALHO NO MACROCOMPLEXO DA SAÚDE BRASILEIRA

## DIMENSION AND CHARACTERISTICS OF THE LABOR IN THE BRAZILIAN HEALTH MACRO-SECTOR

*Luiz Marcos de Oliveira Silva\**

*Cláudio Salvadori Dedecca\*\**

### RESUMO

O objetivo do presente trabalho é dimensionar e analisar a evolução do mercado de trabalho no âmbito do setor de saúde brasileiro, a partir da década de 1990, apresentando os dados relativos à evolução do chamado “macrocomplexo” da saúde – com especial atenção ao núcleo desse setor –, que é afetado, obviamente, tanto por questões de caráter macroeconômico quanto por razões relacionadas às especificidades do sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, pretende-se explicitar a crescente importância do setor de saúde – e da cadeia produtiva associada a ele – como importante gerador de emprego e renda, a despeito da deterioração dos níveis médios dos salários verificada nos últimos anos.

*Palavras-chave:* Trabalho; Macrocomplexo da Saúde; Remuneração; Escolaridade.

### ABSTRACT

The objective of the present study is to analyze the evolution of the labor in the Brazilian health macro-sector from the decade of 1990. The study explores the characteristics of the occupational structure of the sector with the focus in the skill and remuneration of the labor force. Its principal concern is the relationship between the movements macroeconomic, the health policy and the labor force. This objective is the fundamental to the policy for human resources of the Brazilian health policy.

*Keywords:* Labor Force; Health Policy; Remuneration; Education; Skill.

---

\* Economista pela Universidade Federal de Sergipe (UFS) e mestre em Desenvolvimento Econômico na área de Economia Social e do Trabalho pelo IE/UNICAMP (lmarcosoliveira@gmail.com).

\*\* Professor livre-docente do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas (claudio.dedecca@eco.unicamp.br).

## INTRODUÇÃO

Atualmente é amplamente conhecida a expressiva dimensão econômica do macrocomplexo 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.<sup>1</sup> 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, p. 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. Nesse contexto, o emprego de força de trabalho no setor poderia cumprir um papel adicional às dimensões assistenciais curativas, preventivas, reparadoras ou de promoção da saúde, 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 preocupação fundamental deste trabalho 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. Neste sentido, importa explicitar a crescente importância do setor de saúde (e da cadeia produtiva as-

<sup>1</sup> Deve-se ter em mente, portanto, a complexidade do macrossetor saúde, que agrega atividades econômicas bastante diversas, que funcionam segundo lógicas próprias e que diferem significativamente entre si. Para entender o funcionamento desses setores sugere-se a leitura de Negri; Di Giovanni (2001).

sociada 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.

Para tanto, o trabalho está dividido em 3 seções. A primeira seção discute algumas questões de ordem metodológica. São apresentadas, em seguida, a dimensão do macrocomplexo 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 microdados dos Censos Demográficos, das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS/MTE), discutindo a dinâmica do mercado de trabalho em saúde.

## 1. 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, p. 128).

A partir do Quadro 1, 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.

## QUADRO 1

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

Fontes de dados e informações sobre recursos humanos em saúde
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Quantitativas:</b> censos demográficos decenais e pesquisas por amostragem domiciliar, realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).</li><li>• <b>Qualitativas:</b> Entrevistas Telefônicas Assistidas por Computador (ETAC) e sondagens de sinais de mercado (NESCON/UFGM).</li><li>• <b>Estoque de profissionais:</b> egressos das escolas de nível superior, médio e elementar, fornecidos pelo Ministério da Educação.</li><li>• <b>Empregos ou postos de trabalho:</b> Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (AMS), realizada pelo IBGE; Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), com dados sobre emprego e remuneração no setor.</li><li>• <b>Registros administrativos:</b> folha de pagamento e cadastro funcional.</li><li>• <b>Formas de organização corporativa:</b> registros de sindicatos, federações, associações e conselhos profissionais.</li></ul>

Fonte: Adaptado de Pierantoni (2003, p. 264).

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 esses estabelecimentos.

De acordo com Girardi e Carvalho (2002, p. 223), há uma inflexão nos estudos sobre trabalho em saúde a partir de meados da década de 1990, quando a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) passaram a ser mais largamente utilizados. A RAIS é um registro

administrativo do Ministério do Trabalho e Emprego, 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 CAGED, assim como a RAIS, é um registro administrativo do MTE que permite o acompanhamento conjuntural dos fluxos de “entrada” e “saída” de empregados (admissão e desligamento) 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 (2005a) é pioneiro por estabelecer uma metodologia para o cálculo do emprego no macrossetor de saúde e pela comparação com os dados da RAIS, que possibilitou estimar o grau de formalização do setor.

Os dados do PNAD, 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, encontra-se 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, p. 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,<sup>2</sup> como as Entrevistas Telefônicas

<sup>2</sup> Ver informações no endereço eletrônico a seguir: <[http://www.medicina.ufmg.br/nescon/pesquisas\\_sinais.htm](http://www.medicina.ufmg.br/nescon/pesquisas_sinais.htm)>

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, p. 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.

## 2. A DIMENSÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL

A esta altura, convém diferenciar, ainda que em linhas gerais, os diversos termos utilizados 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 têm origem nos contextos pragmáticos de gestão – é a da existência de algum tipo de função gerencial ou de planejamento, tanto no âmbito

microinstitucional quanto macroinstitucional, com a finalidade precípua de intervir em determinadas situações, aprimorando ou administrando essa capacidade de trabalho (NOGUEIRA apud SALIM, 1992, p. 7; NOGUEIRA, 2002, p. 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 do setor e que possuem formação ou capacitação específicas, reconhecidas juridicamente (MEDICI apud SALIM, 1992, p. 8). 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, p. 8).

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, p. 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, p. 10-11).

## 2.1 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 muito restrita, conforme já foi discutido anteriormente. 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 macrossetor saúde na geração





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 das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios de 2001 e 2002, realizando um esforço de compatibilização das ocupações e das classes de atividade econômica utilizadas pelas bases de dados.<sup>3</sup>

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: a) Fundamentais; b) Complementares; c) Apoio e d) Administração Pública.

Essa classificação foi construída a partir dos setores de atividade da Classificação Nacional de Atividades Econômicas – Domiciliar (CNAE-Dom), 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 três grupos, novamente pelo critério da relação com os serviços de atenção à saúde: a) Nucleares; b) Afins; c) Demais.

A classificação das ocupações foi feita a partir da Classificação Brasileira de Ocupações – Domiciliar (CBO-Dom). 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 dois níveis: o setor saúde nuclear e o setor de saúde expandido. Dessa forma, agrupam-se no primeiro nível o conjunto de ocupações e as atividades econômicas que podem ser 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.

<sup>3</sup> 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).

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 1) mostra a dimensão do mercado de trabalho no Brasil entre 1991 e 2002, assim como o peso das atividades de saúde.

**TABELA 1**

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: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - IBGE.

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 2).

**QUADRO 2**

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

		Ocupações		
		Núcleo	Afins	Demais corrigidas
<b>SETORES</b>	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: Censo Demográfico - IBGE.





### 3. O PERFIL DOS OCUPADOS NO SETOR DE SAÚDE BRASILEIRO

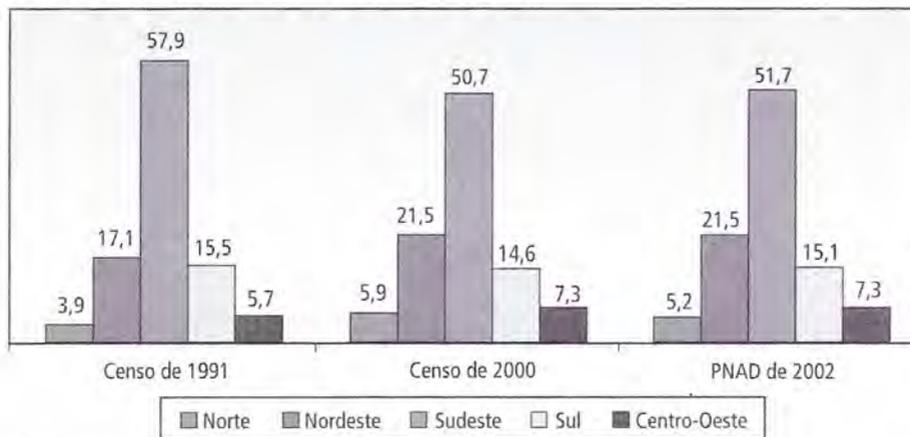
Neste tópico serão apresentados e discutidos os principais resultados do trabalho de Dedecca et al. (2005b), acrescidos de alguns outros retirados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, que também tomam como base os dados dos Censos Demográficos dos anos de 1991 e 2000. Dessa forma, dispõe-se de um importante perfil da ocupação em saúde no Brasil, em seus vários aspectos, fornecendo subsídios relevantes para a discussão sobre 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, pode-se 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 1

Distribuição dos ocupados em saúde segundo a região



Fonte: IBGE, Censos Demográficos; IBGE, Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD

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 essa 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 2).

**TABELA 2**

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%
Renda Ocupação Urbana (C)	8,58	5,37	(A) - (C)	11,90%

Fonte: Censos Demográficos - IBGE.

Ainda de acordo com a Tabela 2, 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 3) 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.

**TABELA 3**

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
1º grau incompleto	41,0	22,4	47,0	45,9
1º grau completo	13,1	10,0	9,7	10,0
2º grau incompleto	6,3	7,9	4,6	6,7
2º grau completo	14,9	29,9	11,7	18,0
Superior	18,7	28,2	9,7	11,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Censos Demográficos – IBGE.

De acordo com os dados, em 1991, 60% dos ocupados em saúde possuíam até oito 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 três 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 (oito 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

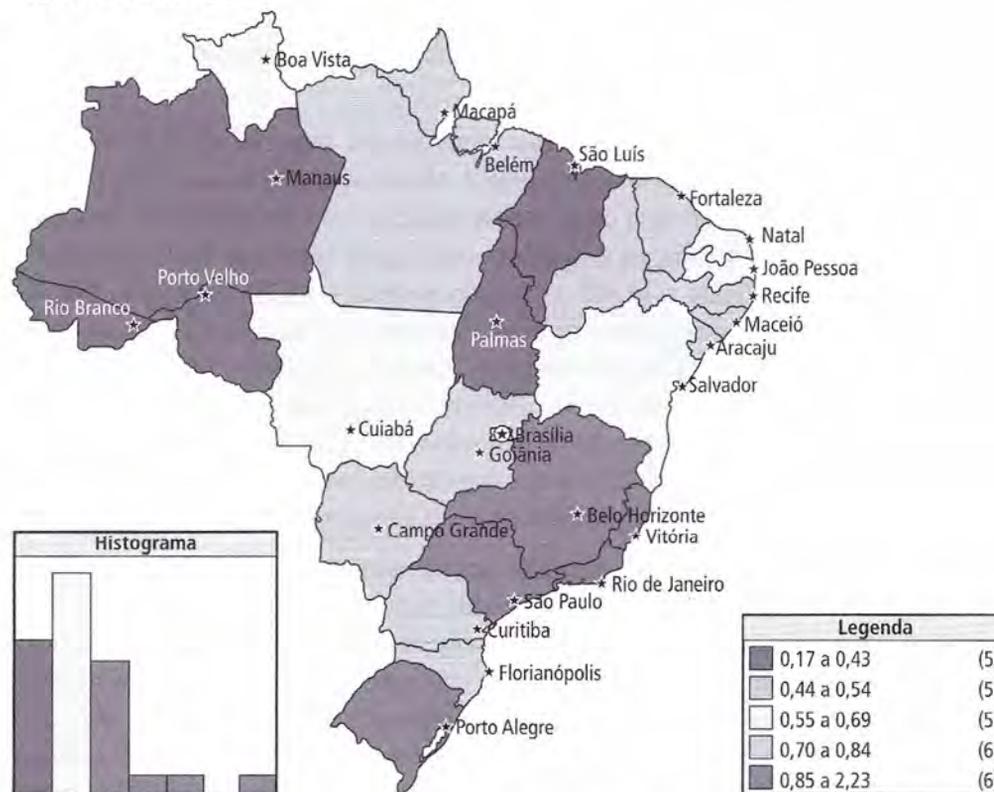
proporção de analfabetos tanto em atividades de saúde (que caem de 6% para 1,6%) como também em relação à população ocupada (que passa de 17,4% para 8,4%). Dentre o total da população ocupada, cerca de 64,3% tinham até oito anos de estudo, enquanto os ocupados em saúde somavam apenas 34,1%. Outro aspecto interessante é que, no ano 2000, quase dois terços (65,9%) dos ocupados em saúde tinham mais que oito anos de estudo. Por sua vez, do total da força de trabalho do Brasil somente 35,7% estavam na mesma situação.

Existe também um componente importante no que tange ao nível de instrução dos ocupados em saúde: a distribuição regional. Nesse 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).

De acordo com o problema apontado acima, pode-se associar essa carência de profissionais de nível superior em determinadas regiões do País à dificuldade de interiorização do profissional da área médica e ao 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.

### FIGURA 1

Número de médicos registrados por mil habitantes – 1991  
Número de médicos residentes por mil habitantes – 1991  
Todos os estados do Brasil

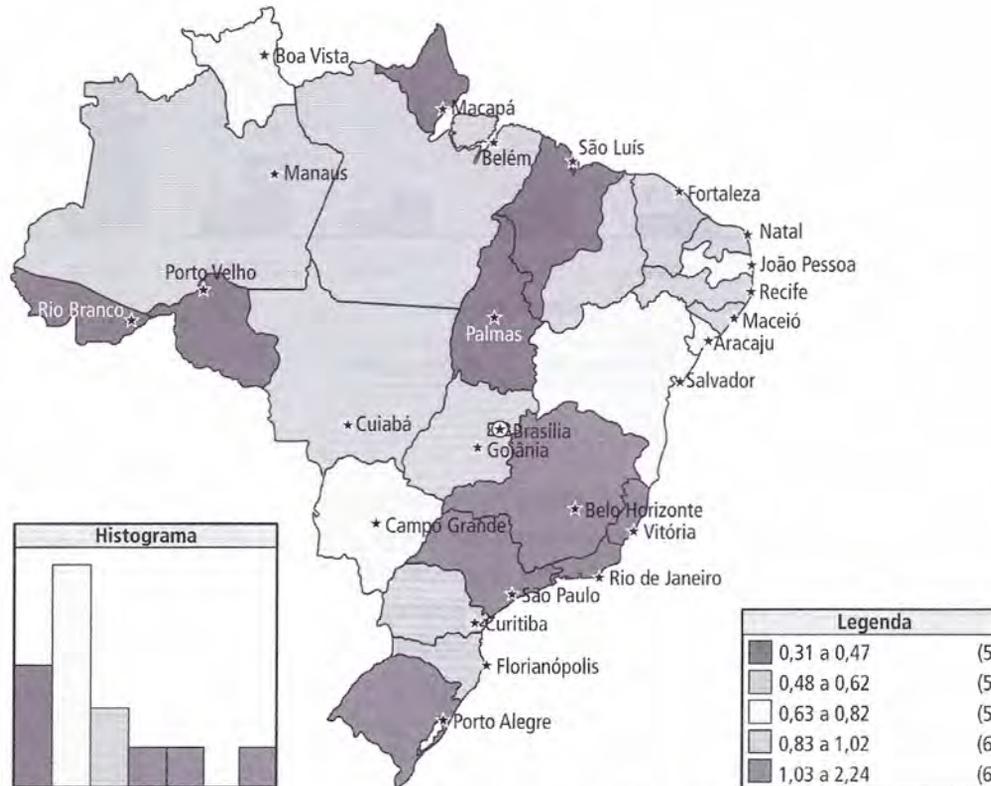


Fonte: Censo 1991. Elaborado a partir do Programa Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD).

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 2**

Número de médicos registrados por mil habitantes – 2000  
 Número de médicos residentes por mil habitantes – 2000  
 Todos os estados do Brasil



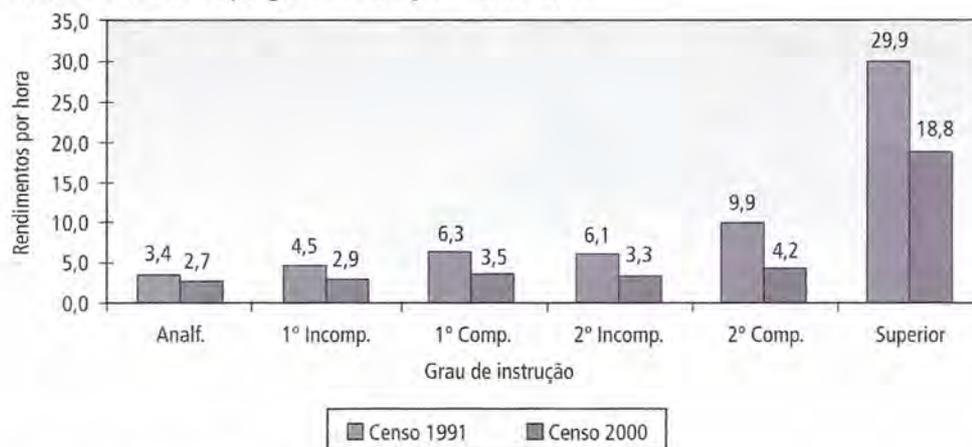
Fonte: Censo 1991. Elaborado a partir do Programa Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD).

**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 2 aponta, nos dois momentos analisados, uma certa homogeneidade entre os ocupados da saúde que não possuem diploma de nível superior.

## GRÁFICO 2

Rendimentos na saúde por graus de instrução – 1991 e 2000



Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

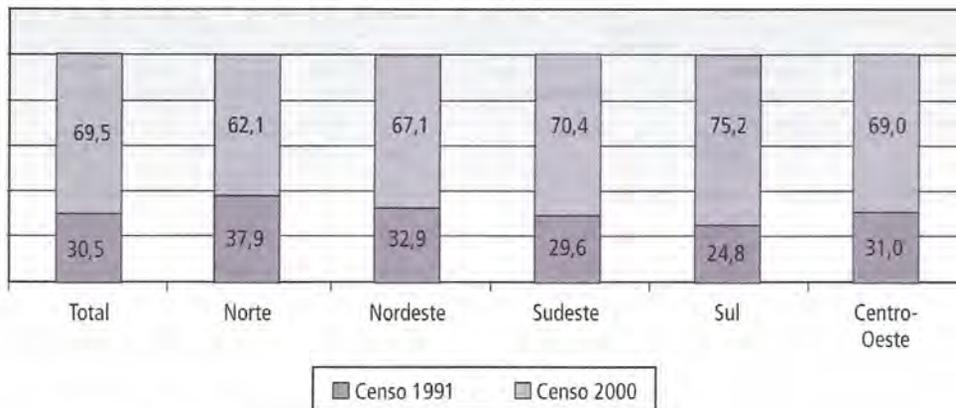
O “salto” do rendimento só acontece nas ocupações de nível superior, que apresentam uma distância em relação às demais que chega a ser de mais de seis vezes em 2000. No que se refere à distribuição, por região, dos rendimentos segundo o grau de instrução, Dedecca et al. (2005b) apontam a heterogeneidade 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 3).

**GRÁFICO 3**

Ocupados em saúde no Brasil – 2000  
Proporção entre homens e mulheres (Censo de 2000)



Fonte: IBGE, Censos Demográficos.

Em relação à variação dos rendimentos dos ocupados em saúde segundo o gênero, vale, em grande medida, a observação de Dedecca et al (2005b, p. 74), que é plenamente corroborada, logo em seguida, pelos dados da Tabela 4:

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.

Uma primeira constatação a partir da Tabela 4 é que a renda média por hora de trabalho nas ocupações em saúde é maior do que a renda média do conjunto das atividades urbanas, especialmente no caso das mulheres, em que essa 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. 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%.

**TABELA 4**

Diferenciais de rendimento/hora entre grupos ocupacionais por gênero (em %) Brasil – 1991 e 2000

	Homens				Mulheres			
	Valores absolutos (em reais)		Valores relativos		Valores 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)=127,7

Fonte: Censo Demográfico – IBGE.

Por outro lado, a comparação do rendimento médio entre os ocupados em saúde e os demais grupos ocupacionais evidencia o melhor perfil das ocupações no setor. 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, p. 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.

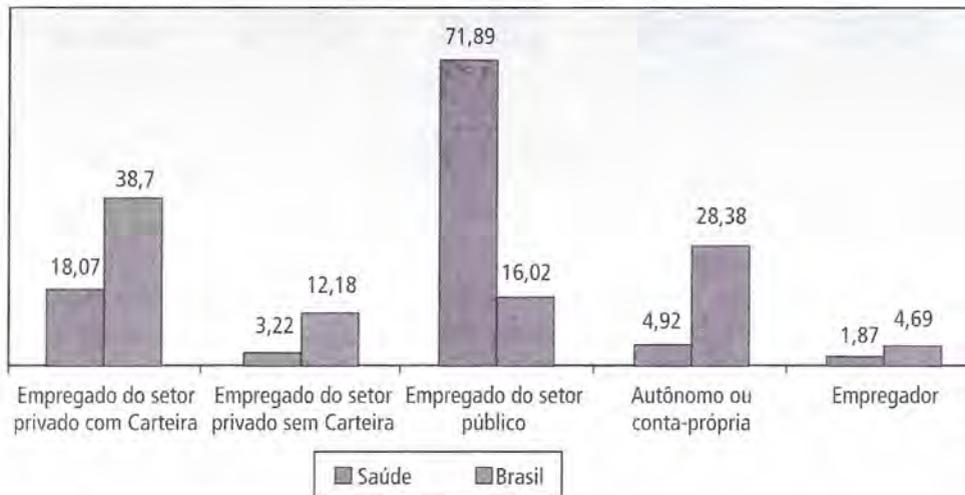
Ao examinar os dados de 1991 (Gráfico 4), retira-se uma primeira informação relevante: existia, naquele momento, uma elevada participação do setor público como empregador no setor de saúde. Se para o total de ocupados no Brasil a parcela de empregados do setor público era de 16,02%, na saúde este número 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%).

Vê-se, com certa nitidez, que o setor de saúde obtinha, em 1991, uma melhor distribuição 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 nessa condição. Esse melhor perfil das ocupações de saúde fica claro a partir das palavras de Dedecca et al. (2005b, p. 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.

#### GRÁFICO 4

Distribuição da ocupação na saúde e da população ocupada, segundo a posição na ocupação, Brasil – 1991 (%)



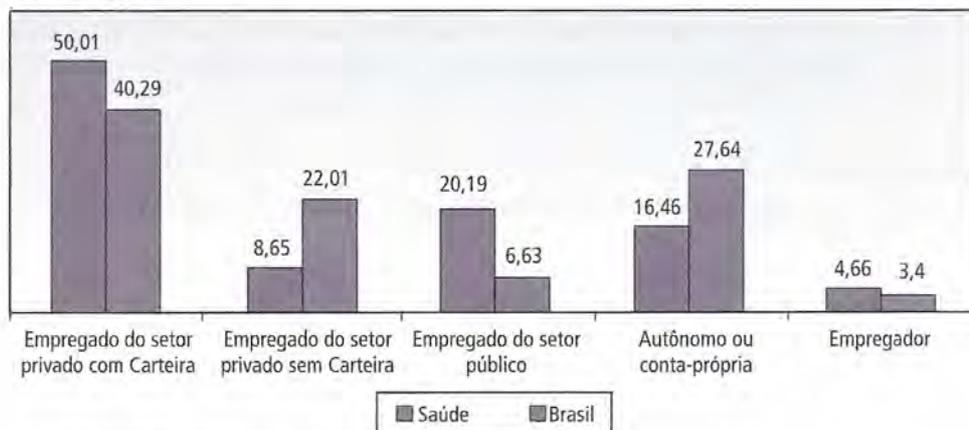
Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

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 5), 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 no total dos ocupados do Brasil também registrou um leve acréscimo, passando a ser de 40,29%.

### GRÁFICO 5

Distribuição dos ocupados na saúde e do total da população ocupada, segundo a posição na ocupação, Brasil – 2000 (%)



Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

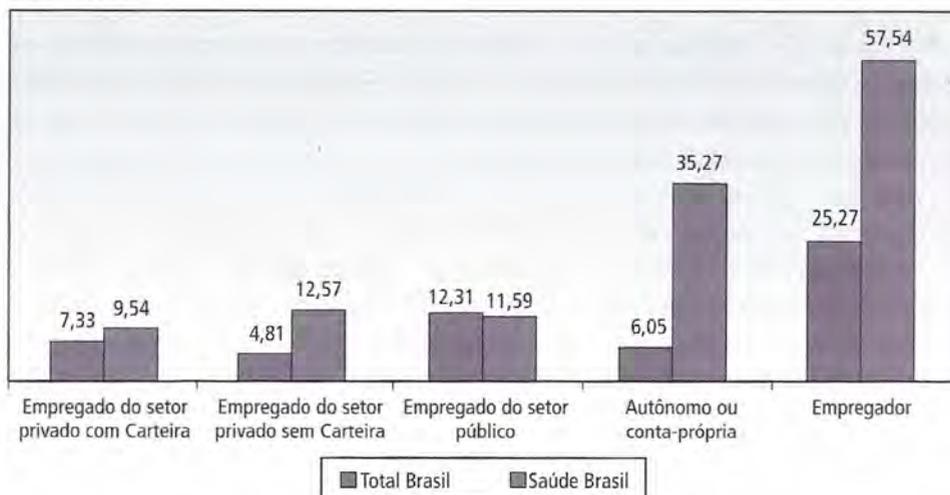
Cabe ressaltar que, na outra ponta, é possível enxergar ainda um movimento de precarização do trabalho no setor de saúde. Apesar da melhor situação dos ocupados em saúde em relação aos do mercado geral de trabalho, nota-se que, no período estudado, houve uma deterioração das relações de trabalho, uma 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).

Por outro lado, faz-se necessária uma qualificação dessa 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 6) 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 6

Rendimento/hora dos ocupados na saúde e da população ocupada total, segundo a posição na ocupação, Brasil – 1991



Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

A explicação é simples. Nessa 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. Esses 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, p. 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.

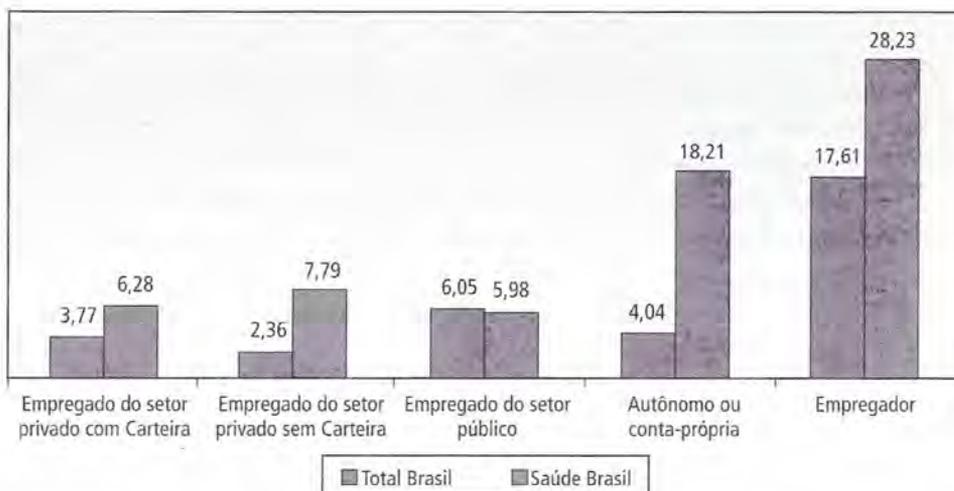
Isso se explica em parte pelo fato de que nesse setor o trabalho dos não-formais não se traduz em trabalho precário, tal como ocorre na maior parte das atividades econômicas.

No ano 2000 a situação não era diferente (ver Gráfico 7). 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).

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 nas duas coortes, com uma pequena vantagem para o conjunto dos ocupados – que recebiam, em média, cerca de R\$ 6,05 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.

### GRÁFICO 7

Rendimento/hora dos ocupados na saúde e da população ocupada total, segundo a posição na ocupação, Brasil – 2000



Fonte: IBGE, Censo Demográfico.

### 3.1 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 dessas ocupações, em 2000 e 2002, representava cerca de 67% do total das ocupações de saúde.<sup>4</sup> Dentre as ocupações selecionadas, as que mais geraram postos de trabalho em 2002 foram, respectivamente, as de atendentes de creches e acompanhantes 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%).

A análise da Tabela 5 permite ainda estimar a assimetria de remuneração entre as ocupações selecionadas. Os médicos ganhavam quase sete 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).

Por sua vez, 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.

---

<sup>4</sup> 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.

**TABELA 5**

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

Ocupação	% da ocupação			Estrutura de remuneração	
	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	–	–
<b>Total – merc. de trabalho nacional</b>	–	–	–	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>

Fonte: Censos Demográficos e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – IBGE.

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 6).

**TABELA 6**

Distribuição das ocupações selecionadas por gênero

Ocupação	Censo 1991		Censo 2000		PNAD 2002	
	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	nd	nd	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: Censos Demográficos e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – IBGE.

No que tange ao diferencial de rendimento, “(...) mais uma vez os dados de rendimento mostram a tendência de as mulheres sistematicamente receberem menos que os homens” (Dedecca et al, 2005b, p. 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).

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 8). 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).

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 9). 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%).

**TABELA 7**

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: Censos Demográficos - IBGE.

**TABELA 8**

Distribuição das ocupações selecionadas por faixas de escolaridade (Censo de 2000)

Ocupação	Analfabetos	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: Censo Demográfico – IBGE.

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. Essa 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%.

**TABELA 9**

Distribuição das ocupações selecionadas por posição na ocupação (Censo 2000)

Ocupação	Trab. dom.	Empr. do s. priv. com Cart.	Empr. do s. priv. sem Cart.	Empr. do s. público	Empregador	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: Censo Demográfico – IBGE.

A partir da Tabela 10 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 10**

Diferencial das remunerações das ocupações selecionadas por posição na ocupação em relação à média (Censo 2000)

	Trab. dom.	Emp. do s. priv. com Cart.	Emp. do s. priv. sem Cart.	Emp. do s. público	Empregador	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: Censo Demográfico - IBGE.

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 por meio 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.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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, poder-se-ia também promover 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, p. 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 e Emprego.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, José Roberto de Lima; SILVA, Luiz Marcos de Oliveira. A cadeia produtiva da saúde. In: FALCÓN, Maria Lúcia de O.; HANSEN, Dean Lee (Orgs.). *Cenários de desenvolvimento local: estudos exploratórios*. Aracaju: SEPLAN, 2003.

DEDECCA, Cláudio Salvadori; PRONI, Marcelo W.; 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; et al. 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 ago. 2005.

DEDECCA, Cláudio Salvadori (Coord.); ROSANDISKI, Eliane Navarro; GARCIA, Carlos Henrique Menezes. *O setor saúde e a geração de emprego (5º relatório de atividade)*. Campinas, 2005b (versão para uso restrito).

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. 8 v. 2, p. 521-535. São Paulo, 2003.

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.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, Barjas, et al. (Orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: IE/UNICAMP, 2002.

GIRARDI, Sábado Nicolau, et al. 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*, v. 2. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Instituto de Economia/UNICAMP: Campinas, 2001.

NICOLELLA, Alexandre Chibebe; 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 3 de dezembro de 2004.

NOGUEIRA, R. P. *Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil: 1970-1983*. Brasília: MS/OPAS, 1986.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Políticas de recursos humanos de saúde. In: *Revista Formação*, n. 5, PROFAE, Ministério da Saúde, 2002.

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*, v. 1. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

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.