UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

SUZANA NASCIMENTO DOS SANTOS

A EXPANSÃO DO EMPREGO NO SETOR SAÚDE DA RMS

SALVADOR

2001

SUZANA NASCIMENTO DOS SANTOS

A EXPANSÃO DO EMPREGO NO SETOR SAÚDE DA RMS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Ciências Econômicas

Orientador: Prof. Paulo Henrique de Almeida

SALVADOR

2001

AGRADECIMENTOS

Ao final de um trabalho monográfico não falta a quem agradecer.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pois me deu forças nos momentos mais críticos.

Agradeço também aos meus pais, que me proporcionaram todas as condições para continuar, muitas vezes desistindo de alguns dos seus próprios objetivos. Aos meus irmãos, pelo “carinho” e confiança que sempre depositaram em mim.

Finalmente, aos meus amigos que direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho: Alyson, Ana Cristina, Elane, Cláudio Nápoli, Jaqueline, Raimundo, Eneida, Novais, Jutaí, Paulo Silveira, Rondinaldo, Iulo Lobo, Geci, Márcia; a todos o meu “muito obrigada”

Cabe um agradecimento especial ao colega Luciano Damasceno, sem o qual não teria sido possível a finalização desta monografia.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é fazer uma análise da evolução da força de trabalho em saúde na RMS, nas últimas décadas. Para tanto, aborda-se em primeiro lugar, os condicionantes que contribuíram para o crescimento do emprego no setor serviços; posteriormente, são verificadas as condições em que se deram a expansão do subsetor saúde no Brasil, sobretudo na década de 70 (período de maior importância). Por último, verifica-se como está o cenário da saúde na RMS. A investigação que oferece suporte a este tópico foi desenvolvida a partir de dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego/RMS (PED/RMS).

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Ocupação por setor dos residentes na RMS, 1987/88 – 1996/99 19

TABELA 2 - Ocupação por subsetor dos residentes em Salvador ocupados nos serviços 1987/88 – 1996/99 20

TABELA 3 - Crescimento Anual do Produto Interno Bruto (PIB), Brasil –1971–1983 24

TABELA 4 – Composição e crescimento do emprego em saúde, Brasil: 1980 –1987 29

TABELA 5 - Composição e crescimento do emprego em saúde, Brasil – 1978/82 32

TABELA 6 - Postos de trabalho de nível superior, Brasil – 1976/82 33

TABELA 7 - Estoque de emprego no mercado setorial da saúde por especialidade de atividade econômica segundo tipo de emprego: Brasil, agosto de 1996 35

TABELA 8 - Distribuição de Pessoal de saúde e Pessoal administrativo por setor: Brasil, agosto de 1996 36

TABELA 9 - Estoque de empregos de Pessoal de saúde por setores de atividades e segundo a categoria profissional: Brasil, agosto de 1996 36

TABELA 10 - Total anual de admissões por tipo de pessoal e setor de atividade econômica, Brasil, 1992/96, regime CLT 37

TABELA 11 - Total anual de admissões (CLT) de profissionais de saúde, Brasil 1992 38

TABELA 12 - SUS: dez causas mais freqüentes de internações, Brasil, 1998/99 43

TABELA 13- Total de ocupados na RMS, segundo a entidade mantenedora, 1996/99 49

TABELA 14 - Ocupados na área de saúde da RMS, segundo a natureza da entidade matenedora,1996/99 50

TABELA 15 - Ocupados em saúde na RMS, segundo o grau de escolaridade 50

TABELA 16 - Distribuição dos ocupados na área de saúde da RMS, segundo algumas profissões selecionadas, 1996/99 52

TABELA 17 - Total dos ocupados em saúde na RMS, segundo o gênero, 1996/99 53

TABELA 18 - Pessoal ocupado na área de saúde na RMS segundo gênero 54

TABELA 19 - Ocupados em saúde na RMS segundo faixa etária, 1996/99 55

TABELA 20 - Proporção do total de ocupados na saúde na RMS segundo horas trabalhadas, 1996/99 56

TABELA 21 - Ocupados em saúde na RMS segundo horas trabalhadas, 1996/99 57

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8

2 A EXPANSÃO DO EMPREGO NOS SERVIÇOS 11

2.1 SERVIÇOS: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO 11
2.2 O CRESCIMENTO DOS SERVIÇOS 14
2.3 CRESCIMENTO DA OCUPAÇÃO EM SERVIÇOS NA RMS 18

3 A EXPANSÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SEU IMPACTO SOBRE O EMPREGO **23**

3.1 O CRESCIMENTO DO EMPREGO EM SAÚDE NA DÉCADA DE 70: BREVE HISTÓRICO 23
3.2 ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DO EMPREGO EM SAÚDE NOS ANOS 80 28
3.2.1 Composição das equipes de Saúde 31
3.3 CARACTERÍSTICAS DA OCUPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE 34
3.4 DISTRIBUIÇÃO SETORIAL E OCUPACIONAL DO EMPREGO EM SAÚDE NOS ANOS 1990 37
3.5 INOVACÕES TECNOLÓGICAS E ORGANIZACIONAIS 38
3.6 MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS 40
3.6.1 As Terceirizações 41
3.6.2 **O Processo de Desospitalização** 41

4 O EMPREGO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE - O CASO DA RMS 45

4.1 PANORAMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA RMS 45
4.2 O CRESCIMENTO DA OCUPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA RMS 48
4.2.1 **A Evolução do emprego em saúde no período 1996/99** 48
4.2.1.1 A “feminização” da saúde 52
4.2.1.2 Uma força de trabalho jovem 54
4.2.1.3 A questão do “multiemprego” 56
5 CONCLUSÃO 58

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 60

1 INTRODUÇÃO

Tanto no Brasil, quanto no mundo, os estudos sobre os recursos humanos alocados no setor saúde ganham importância crescente, destacando-se sobretudo a década de 70 e meados da década de 80, quando aparece a maior parte dos trabalhos sobre a questão.

A maioria destes trabalhos, no Brasil, tem como principais autores, Nogueira (1986), Medici (1984, 1986) e Machado (1992). Estes autores preocupam-se em fornecer informações relativas aos aspectos econômico-sociais e políticos da formação, oferta e demanda da força-de-trabalho em saúde. São trabalhos que privilegiam uma abordagem histórica estrutural e que procuram identificar as principais tendências deste setor.

Nesta monografia procura-se identificar os principais fatores que contribuíram para o desenvolvimento do setor saúde, sobretudo, a partir da década de 70, assim como, a composição e distribuição da força de trabalho empregada no setor. O ponto de partida para a realização deste estudo foram os trabalhos realizados por Medici, Nogueira, Girardi entre outros.

Partindo de uma revisão geral a respeito dos condicionantes do crescimento dos serviços (macro setor no qual se encontra a saúde), busca-se analisar as condições em que se deu a expansão do emprego em saúde na RMS.

O trabalho encontra-se assim dividido:

O capítulo 1, Introdução, fornece uma visão geral das pretensões deste trabalho.

O capítulo 2 apresenta uma revisão histórica dos conceitos e classificação do setor de serviços, bem como seu desenvolvimento e participação em termos de geração de postos de trabalho.

No capítulo 3, serão analisados os fatores que possibilitaram o crescimento dos serviços de saúde e como esta expansão impactou o mercado de trabalho dos profissionais da área.

Finalmente, o capítulo 4, abordará a questão do emprego nos serviços de saúde na RMS, na década de 90. Para tanto, primeiro serão fornecidas informações que permitem visualizar como está o cenário da saúde na região, dado a importância de se saber onde estão localizados os nichos de emprego, principalmente, diante do preocupante quadro de desemprego que afeta as Regiões Metropolitanas brasileiras. Posteriormente realizar-se-á uma análise do crescimento da ocupação nos serviços de saúde.

2 A EXPANSÃO DO EMPREGO NOS SERVIÇOS

2.1 SERVIÇOS: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

As atividades de serviços estão no centro de uma revolução econômica ampla que está ocorrendo tanto em países mais avançados como nos países em desenvolvimento. A importância do setor serviços na economia mundial vem crescendo significativamente, sobretudo no que diz respeito à geração de emprego e renda. Apesar da relevância adquirida por este setor, apenas há pouco tempo vem se observando maior interesse por parte dos economistas quanto ao seu estudo (Kon, 1997, p.150).

Uma questão importante na construção de um modelo para análise é conseguir dar-lhe a delimitação e definição necessárias. No caso do setor serviços, esta não é uma tarefa nada fácil. Enquanto existe uma vasta bibliografia referente aos setores industriais e agrícola, não existem estudos mais completos à altura da importância dos serviços e de suas implicações práticas.

Talvez a falta de interesse pelo estudo do setor seja fruto de um preconceito. Os clássicos acreditavam que apenas a produção material era capaz de gerar valor. Haja vista que as atividades do terciário não podiam ser estocadas, elas eram consideradas como imateriais e, assim, o pensamento hegemônico na época era de que tais atividades não contribuíam para a riqueza das nações.

Mesmo quando as características do trabalho em serviços eram expressas claramente, nota-se que, na maioria das vezes, apenas os atributos negativos eram evidenciados:

> "O trabalho em serviços gera produtos não materiais, que não podem ser armazenados ou transportados. O trabalho em serviços não é, ou é menos suscetível à racionalização técnica e organizacional se comparado com o trabalho que produz bens. A produtividade do trabalho em serviços não pode ser medida e, por isso, seus padrões de produtividade não podem ser controlados. O trabalho em serviços não é produtivo (Offe,1994, p. 135)."

Ao mesmo tempo predominou no pensamento econômico a idéia de que o setor serviços possuía um caráter residual: tudo que não fazia parte da agricultura ou da indústria era

denominado como serviços. Cabia assim aos serviços todas as atividades cuja a produção não fosse mensurada fisicamente.

Somente a partir dos anos 30, quando o setor de serviços começou a se destacar em termos de participação na renda e emprego, a discussão a respeito do setor deslocou-se do plano da improdutividade x produtividade e ganhou outro conteúdo.

A definição de serviços ainda é bastante problemática em função da agregação em uma mesma categoria de uma gama de atividades diferentes.

É esta heterogeneidade das atividades dos serviços que dificulta um consenso quanto a sua classificação e definição.

A primeira tentativa de classificação do setor serviços foi proposta por Fischer (1933) e Clark (1940) e se baseava em uma separação da economia em três setores: primário, secundário e terciário. Fischer foi quem propôs esta divisão setorial da economia, baseado na idéia de que o desenvolvimento econômico seguia uma lei evolutiva, no final da qual estariam os serviços. Clark reafirmou a hipótese de seu colega e introduziu a expressão “Serviços”, que ele considerou mais adequada para representar as muitas atividades deste setor.

Atualmente com a maior interligação entre os diversos segmentos da economia, este modelo de três setores revela-se no mínimo insuficiente.

> "A heterogeneidade dos serviços e, consequentemente, as especificidades de suas questões têm sido potencializadas por um processo de transformação introduzido pelo novo paradigma econômico tecnológico, no centro do qual está a revolução microeletrônica introdutora de novos produtos e geradora de um processo de reestruturação industrial caracterizado por avanços significativos de produtividade e pela globalização das atividades econômicas (Melo, 1998, p. 12)."

Este processo de reestruturação produtiva, ao qual Melo se refere, permitiu uma maior ligação entre os setores: industrial, agrícola e de serviço, isto tornou praticamente

imperceptível a linha de separação entre estes. A interligação é tão intensa que alguns autores já utilizam o termo “indústria de serviços” para se referirem às muitas atividades de serviços produzidas em nível industrial.

Para Teboul (1999, p. 18) a distinção entre indústria e serviços é cada vez mais difícil de ser detectada, pois, sem um setor industrial forte os serviços não crescem, e, por outro lado, as indústrias necessitam cada vez mais dos serviços. Este é um processo que deve intensificar-se, já que a medida que as técnicas de produção vão se tornando mais complexas, a indústria deve contar com uma maior contribuição dos serviços. Da mesma forma, os serviços fundados no tratamento e na troca de informações são bastante dependentes da infra-estrutura das telecomunicações, o que faz com que, inevitavelmente, no mundo de hoje, a distinção entre indústria e serviços se torne artificial e vã.

Portanto, na economia moderna, a conceituação dos serviços como atividade residual não fornece uma boa base para a formulação da análise do desempenho e importância dos serviços. Este fato exigiu dos estudiosos uma definição mais precisa dos limite do setor .

Um trabalho mais completo foi elaborado por Browning e Singelmann (1978), e esta será a classificação utilizada neste trabalho. A classificação Browning-Singelmann distingue seis setores econômicos diferentes:

1) as indústrias extratoras (agricultura, mineração)
2) as indústrias de transformação (construção, agroalimentício, indústria de fabricação, bens de primeira necessidade e outros)
3) a distribuição (logística, comunicação, comércio varejista e atacadista)
4) os serviços destinados ao produtor intermediário (bancos, seguros, imobiliário, serviços às empresas)
5) os serviços sociais (saúde, previdência, educação, etc.)
6) os serviços a pessoas físicas (domiciliares, hotelaria, consertos, tinturaria, diversões, etc.)

Esta definição de setor serviços ainda não é a mais completa, porém fornece agrupamentos de atividades mais homogêneo, o que não era visualizado no modelo dos três setores de Fisher - Clark.

2.2 O CRESCIMENTO DOS SERVIÇOS

O Brasil, seguindo uma tendência observada nos países desenvolvidos, apresentou nos últimos anos expressiva expansão do emprego nas atividades do setor serviços. As características de crescimento do setor entre países avançados e países em desenvolvimento são bastante diferenciadas, o que contudo não reduz sua importância como gerador de emprego e catalisador do processo de desenvolvimento dessas economias.

Indicadores econômicos apontam que, nos últimos anos, o setor serviços foi o principal responsável por não ter acontecido uma piora ainda maior dos índices de desemprego no país. Setores como informática, telecomunicações, saúde e turismo, foram os atenuantes da extinção de empregos na indústria, motivada pelo grande volume de inovações tecnológicas.

Segundo dados da Gazeta Mercantil (jul. 1998, p.7), o setor responde hoje por mais de 55% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, e emprega aproximadamente 60% da mão-de-obra urbana. Em 1985, os serviços correspondiam a 40% do PIB.

A constatação do rápido crescimento dos serviços, principalmente em termos de renda e emprego, desde os anos 30 e, mais fortemente após a década de 60 vem levantando discussões de cunho teórico e empírico acerca das causas e conseqüências desta expansão.

Para Claus Offe (1994, p. 140) o crescimento do setor serviços dá-se basicamente a partir de quatro fatores:

- Necessidade crescente de controle e coordenação. Devido ao aumento da complexidade dos negócios, sobretudo com o advento da Segunda Revolução Industrial, que trouxe à tona uma nova forma de gestão, as empresas sentiram necessidade de expandir seu quadro de pessoal administrativo para lidarem com novas tarefas.

- Mudanças da demanda das famílias em conseqüência de elevação na renda, ou seja, dado um incremento da renda familiar as famílias passam a consumir bens duráveis; isto ocorre até um determinado ponto de saturação. A partir deste ponto ocorre uma, maior procura por serviços (saúde, educação, cultura, diversão, etc.) que antes não era possível adquirir.

Esta explicação é uma analogia à Lei de Engel. A lei original supõem a existência de uma relação entre renda familiar e gastos com alimentação. Engel observou que as famílias com renda mais elevada tendiam a gastar mais com alimentação, mas que a participação destes gastos na renda variavam de forma inversa à magnitude desta. Isto significa que quanto maior a renda a despesa com alimentação tende a diminuir, relativamente, mesmo que os gastos cresçam de forma absoluta. A partir dessa hipótese, a teoria microeconômica dividiu os bens em inferiores e superiores. Em relação aos primeiros, o consumo não acompanha proporcionalmente os aumentos da renda real. No caso dos segundos, o consumo cresce mais que proporcionalmente quando a renda se eleva.

Segundo Almeida (1997, p.15), a maioria dos “pós industrialistas”, como Clark, por exemplo, utilizaram-se da Lei de Engel para explicar o desenvolvimento dos serviços. Estes autores estabeleceram uma analogia com a Lei de Engel , e supõem que com a elevação da renda as pessoas estariam mais dispostas a primeiro aumentar a procura por produtos primários, depois por produtos industriais, e finalmente por serviços (bens

superiores). Supõem ainda que a demanda por serviços será sempre maior que a demanda por produtos primários e industriais.

Outras hipóteses levantadas são:

- Inserção da mulher no mercado de trabalho remunerado, gerando mais consumo de serviços de creches, empregadas domésticas, serviços de condução escolar, entre outros.

- Mudança na oferta pelo lado dos trabalhadores. O trabalhador por opção tem preferido alocar-se no setor de serviços, principalmente, os jovens que estão entrando no mercado de trabalho e vêem em tal setor grandes oportunidades de crescimento.

- Expansão dos serviços como decorrência da absorção da mão-de-obra excedente do setor secundário. A constante substituição de trabalhadores por máquinas tem provocado excedente de mão-de-obra no mercado de trabalho. Estes trabalhadores (desprovidos dos meios de produção) não podem voltar ao setor primário, tampouco montar seus próprios negócios, são portanto absorvidos pelo setor de serviços.

Esta hipótese baseia-se na teoria da doença dos custos de Baumol, segundo esta teoria, o crescimento dos serviços teria como origem as diferenciações de produtividade existentes entre os setores. Esta teoria considera que o setor industrial apresenta produtividade mais elevada que o setor de serviços, haja vista que o setor industrial é mais intensivo na utilização de tecnologias e o setor serviços é mais intensivo na utilização de mão-de-obra. Sendo assim, e dada a uniformidade dos salários na economia, mesmo com produtividade mais baixa o salário do setor de serviços concorre com os salários dos setores de alto crescimento de produtividade, levando ao inchamento do setor.

Ainda sobre as causas do crescimento dos serviços Almeida (2000, p.71) complementando as teorias de Offe, cita:

- A reestruturação empresarial, visando a redução de custos e direcionamento para as tarefas essenciais das empresas, implicando a terceirização de serviços anteriormente realizadas dentro das organizações (vigilância, limpeza, segurança, alguns serviços de administração, etc.). Este processo se tornou possível em razão das novas tecnologias, que possibilitaram a redução dos custos de transação, a melhoria da qualidade dos serviços realizados por terceiros e a eliminação da restrição da proximidade entre prestadores de serviços e consumidores;

- Terceirização também de serviços estatais, com expansão das empresas privadas de serviços;

- Uso crescente de insumos intangíveis (como diferencial competitivo), tanto na produção e distribuição de bens industriais, quanto na própria produção de serviços: projetos, desenho industrial, marketing, assistência técnica, entre outros.

- Aumento do tempo livre e da parcela destinada ao lazer, o que reflete na expansão da indústria do entretenimento e de atividades como turismo.

- Por fim, o envelhecimento relativo e absoluto da população, gerando forte aumento da demanda por serviços de saúde, assistência domiciliar e outros.

As hipóteses consideradas até o momento explicam, em parte, o crescimento dos serviços privados, mas não se pode esquecer que os serviços públicos também apresentaram expansão nos últimos anos. Sobre esta questão Anita Kon (citando Marshall, Wood, 1995, p. 186) fornece alguns tópicos que talvez expliquem o crescimento dos serviços públicos, são eles:

a) demanda crescente para a melhoria dos serviços de saúde e educação;
b) expansão da infraestrutura de transporte e de comunicação;
c) crescimento dos gastos com defesa em certos países selecionados, refletindo até o final dos anos oitenta a "Guerra Fria" entre o Leste e o Oeste;

d) mudanças demográficas, que incluíam o crescimento da proporção de idosos sobre a população, com maior necessidades de serviços de saúde e previdência;
e) mudanças na composição familiar, que incluíam um aumento no número de mulheres que trabalham fora da residência e crescimento no número de famílias com apenas um dos pais o que aumentou a demanda para cuidado de crianças e serviços relacionados;
f) políticas intervencionistas durante as décadas de sessenta e setenta, no sentido de dirigir o crescimento econômico e a reestruturação, requerendo maior número de trabalhadores governamentais;
g) maior controle físico do planejamento para restringir ou conduzir o crescimento urbano e industrial e assim minimizar os impactos ambientais;
h) melhorias em todas as partes do setor público, que eram vistas como sendo parte integral do longo "boom" econômico pós 1945 até meados da década de setenta;
i) mais recentemente, crescimento do desemprego e necessidade de geração de postos de trabalho.

2.3 CRESCIMENTO DA OCUPAÇÃO EM SERVIÇOS NA RMS

Como visto anteriormente os serviços têm se destacado, nos últimos anos, por sua participação no PIB, principalmente, nos países industrializados.

A economia soteropolitana não ficou alheia às mudanças ocorridas, em nível internacional, em relação à expansão dos serviços, de maneira que o crescimento destas atividades na região segue a mesma trajetória de outras localidades. É o processo de globalização da economia caracterizado pela crescente utilização de tecnologia de ponta e informatização, que possibilita esta rápida transferência de informações.

Na capital baiana, as mudanças na estrutura ocupacional já podem ser percebidas. Segundo Almeida (1999, p.57) e com base nos dados da PED (Pesquisa de Emprego e Desemprego), pode-se constatar que a RMS acompanhou a tendência do Brasil (e de

outros países), ou seja, retração da ocupação no setor industrial e crescimento do nível de emprego na área de serviços.

A década de 90 confirma, definitivamente, o setor de serviços como o grande empregador da economia da RMS.

TABELA 1- Ocupação por setor dos residentes em Salvador 1987-88 – 1996 -1999

Setores	1987/88	1996/99	Var (%)
Agropecuária e extração vegetal	2,30	1,40	-38,40
Indústria de transformação	12,20	8,20	-32,80
Constução civil	7,50	5,40	-27,80
Comércio de mercadorias	18,70	17,00	-8,80
Serviços	48,80	57,00	16,80
Serviços domésticos	9,30	10,50	12,90
Outras atividades	1,20	0,40	-65,60

Fonte: PED, apud Almeida 2000

Como pode ser verificado pela análise da tabela 1, entre os anos de 1987-88 e 1996-99 o setor industrial passou de uma participação de 12,2% para 8,2% do número de ocupados na RMS. Enquanto isso, no mesmo período, os serviços de uma forma geral cresceram de 48,8% para 57%, sendo os únicos segmentos em que cresceu a participação relativa.

Este crescimento do número de ocupações no setor serviços é relativamente significativo. No entanto, é necessário estar atento para identificar quais segmentos dentro do setor estão sendo responsáveis pelo seu crescimento. Para tanto, a tabela 2 traz o desdobramento dos subsetores do setor de serviços e suas respectivas participações na geração de postos de trabalho.

TABELA 2 - Ocupação por subsetor dos residentes em Salvador ocupados nos serviços 1987/88 – 1996/99

Setores e subsetores	1987/88	1996/99	Var (%)
Administração pública, polícia e forças armadas	13,30	10,70	-19,10
Serviços de utilidade pública	3,20	1,80	-42,60
Transporte e armazenagem	7,10	6,40	-9,30
Serviços creditícios e financeiros	4,00	2,60	-35,00
Administração e comércio de imóveis	0,50	2,10	344,80
Serviços especializados	2,80	5,20	83,30
Serviços auxiliares	3,50	6,00	71,40
Serviços de limpeza, vigilância e oficinas	3,10	7,70	151,00
Oficinas de reparação mecânica	3,30	3,20	-3,90
Serviços de comunicação e diversão	1,70	3,30	91,80
Serviços de alimentação	9,30	9,20	-1,90
Hotéis, pensões e alojamentos	ND	0,80	
Educação	9,90	10,90	10,50
Saúde	6,00	6,50	9,40
Serviços Comunitários	1,60	1,80	14,40
Serviços pessoais	10,10	2,30	-76,80
Serviços domésticos	16,00	15,60	-2,80
Outros serviços	4,70	3,80	-18,90
Serviços	100,00	100,00	

Fonte: PED, apud Almeida 2000

Uma primeira observação deve ser feita em relação à administração pública. Este ramo dos serviços sempre foi caracterizado por seu papel empregador, no entanto, constata-se que no período estudado houve queda no número de contratações. Almeida (2000, p.79) chama a atenção para o fato de que esta redução, provavelmente, foi conseqüência da crise fiscal dos anos 80, assim como, pela maior utilização por parte do governo de trabalho terceirizado.

A mudança do modelo ideológico no final dos anos 80 e início dos anos 90 e o surgimento do chamado "Estado Mínimo", contribuíram para a redução dessa função social do Estado. Nos últimos anos observou-se o fechamento de diversos órgãos públicos da administração direta e indireta, e como se não bastasse o governo vem incentivando a demissão voluntária, através dos PDV's. Enfim, verifica-se uma tendência ao enxugamento da máquina estatal.

Mas, apesar das quedas nas contratações a Administração Pública, ainda é um dos principais empregadores na RMS, sendo responsável por 10,7% dos postos de trabalho.

Segmentos que passaram por privatizações, inovações organizacionais e tecnológicas como: serviços de utilidade pública, transporte e armazenagem, serviços creditícios e financeiros e oficinas de reparação mecânica, também sofreram queda na quantidade de pessoal contratado.

Os serviços pessoais foram os que sofreram maior diminuição relativa do emprego. Sabe-se que este segmento, ao longo dos anos, vinha absorvendo grandes parcelas da população, sobretudo o pessoal advindo do meio rural. Para Almeida (2000, p.80), existem basicamente duas explicações para o que está ocorrendo: o acelerado progresso técnico e organizacional e o aumento do auto serviço de higiene face ao encarecimento deste durante o auge do Plano Real.

Ainda segundo a tabela 2, e com base no trabalho de Almeida, pode-se verificar que os segmentos que se destacaram em termos de absorção de mão-de-obra na RMS foram: administração e comércio de imóveis, serviços especializados, serviços auxiliares, serviços de limpeza, vigilância e oficinas, serviços de comunicação e diversão, educação, saúde e os serviços comunitários.

Contrariando a visão de que o setor serviços se expande em suas atividades mais precárias, pode-se observar que, em Salvador, entre os oito segmentos que mais cresceram, nos últimos anos a maior parcela está ligada às atividades mais modernas da economia. Enquanto isso, observa-se retração dos principais segmentos que, historicamente, absorveram grande parte da população com baixo nível de qualificação, a exemplos dos serviços pessoais e serviços domésticos.

É importante ressaltar que os serviços de saúde, no mundo, vêm apresentando grande crescimento e mostrando-se significativo na absorção de trabalhadores. Na RMS, este processo já pode ser sentido, na medida em que os serviços públicos e privados de saúde, nesta região, ocupam cerca de 5% da população (6,5% dos ocupados nos serviços).

O setor saúde encontra-se entre os setores destacados no artigo de Almeida como um dos que, provavelmente, irão acelerar a expansão da economia baiana e criar a maior parte dos empregos nos próximos anos.

A grande capacidade de geração de postos de trabalho, confere ao setor saúde posição de destaque dentro dos serviços. Em função dessa importância é que os próximos capítulos serão dedicados ao seu estudo.

3 A EXPANSÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SEU IMPACTO SOBRE O EMPREGO

3.1 O CRESCIMENTO DO EMPREGO EM SAÚDE NA DÉCADA DE 70: BREVE HISTÓRICO

A análise das recentes transformações ocorridas na área de saúde no Brasil requer o resgate de um pouco da história das décadas de 70 e 80, para a partir daí avaliar as condições socio-econômicas e políticas que serviram como base para o desenvolvimento do setor.

A economia brasileira, entre os anos 1967 e 1973, experimentou uma fase de expansão acentuada, registrando uma taxa média de crescimento anual do PIB (Produto Interno Bruto) em torno de 11% - foi o chamado "milagre econômico". Esta fase foi caracterizada por expressivo desenvolvimento da indústria de bens de consumo duráveis e de bens de capital.

Como alerta Medici (1986, p.40), algumas medidas adotadas pelo Estado foram necessárias para sustentar o “ milagre”:

> “O ciclo expansivo do “milagre” não teria ocorrido sem as profundas alterações que se processaram no seio dos aparelhos de Estado entre 1964 e 1967. A reforma tributária e financeira, a mudança do enfoque dado à questão salarial, as condições de rentabilidade para setores industriais selecionados, através da criação de subsídios, o arrocho salarial dos trabalhadores e a criação e ampliação dos estratos sociais de média renda, através da multiplicação de empregos públicos e de faixas seletivas do setor privado” .

O fator que possibilitou o crescimento da área industrial neste período, foi o aumento simultâneo das importações e exportações, assim como a abertura da economia ao financiamento externo. A expectativa era de que a economia brasileira chegasse nos anos 80 em um novo patamar de produção industrial (Nogueira, 1996, p.11).

Entretanto, em 1974 (tabela 3), já se observava uma fase de desaceleração da expansão econômica. Este processo estende-se até os anos 1980, quando esta desaceleração se transforma em crise.

TABELA 3 - Crescimento Anual do Produto Interno Bruto (PIB)

Brasil - 1971 - 1983

Ano de referência	Variação anual do PIB (%)	Ano de referência	Variação anual do PIB (%)
1971	12,0	1978	5,0
1972	11,1	1979	6,4
1973	13,5	1980	7,2
1974	9,7	1981	-1,6
1975	5,4	1982	0,9
1976	9,7	1983	-3,2
1977	5,7		

Fonte: FGV/IBRE/CCN, apud Nogueira (1986, p.12)

Os anos 80 representaram para a economia brasileira um período de dificuldades, que chegou a ser definido por alguns autores como “a década perdida”. Este período foi caracterizado por declínio do nível de produção, retração do poder aquisitivo da população, redução salarial, queda do nível de investimentos e aumento da dívida externa.

Todos estes fatores reunidos colocaram a economia brasileira numa situação de profunda instabilidade, estagnação e inflação crescente.

Contudo, mesmo em um cenário tão precário, os postos de trabalho na economia, de uma forma geral, não sofreram declínio. O setor saúde, por exemplo, apresentou alta

contribuição na absorção de mão-de-obra. A década de 70 destacou-se como o marco da consolidação do mercado de trabalho dos profissionais de saúde e este fenômeno não foi barrado pelo acirramento da crise econômica dos anos 80.

As razões que poderiam explicar como foi possível manter, e até mesmo ampliar, o nível de empregos do setor saúde em um cenário de crise, quando setores, historicamente, mais dinâmicos (como o setor industrial) vinham enfrentando desemprego aberto, devem ser buscadas à luz das características que marcam as relações deste setor com o Estado e o capital privado.

A análise da dinâmica do setor saúde, no Brasil, não pode desconsiderar a importância da interferência do Estado no desenvolvimento do setor. O Estado – em uma formação capitalista – reproduz as condições gerais necessárias ao desenvolvimento da classe capitalista, e somente atende as reivindicações das classes dominadas quando está em jogo a própria dinâmica da reprodução ampliada capital.

Esta faceta do poder público foi o que proporcionou o crescimento do setor saúde e, consequentemente, a expansão do emprego nesta área. Segundo Machado (1992, p.10) pelo menos no último quartel deste século o governo foi o principal responsável pela criação de demanda (direta ou indireta) para o setor privado.

À medida que o Estado foi estendendo a cobertura de acesso à saúde, uma demanda efetiva foi sendo gerada para o setor privado. A partir da concessão de subsídios, isenções tributárias, contratos e convênios com empresas, grupos médicos, indústria de fármacos e equipamentos, o governo estimulou a expansão do emprego de profissionais de saúde fora do âmbito estatal (idem, p.11).

A arma utilizada pelo poder público para alcançar seus objetivos, capitalistas, foram as políticas sociais. Isto porque estas políticas, mesmo tendo por objetivo a melhoria das condições de vida e saúde da população, cumpriam a missão de acalmar as demandas sociais insatisfeitas, e também serviam como importantes canais de legitimação

ideológica do Estado, uma vez que através de programas sociais procurava-se melhorar as condições de saúde, educação e habitação das populações.

Os programas sociais foram importantes veículos que conduziram à ampliação e criação de novos empregos na economia, e também exerceram o papel de geradores de demanda efetiva para os novos capitais invertidos para estes setores dinamizados (Machado, 1986, p.41)

Na área de saúde alguns desses programas segundo Piola (1996, p.30) foram: a criação do FUNRURAL, que incorporou a população do campo; o Plano de Pronta Ação (PPA), que estendeu a toda a população, independentemente de vínculo previdenciário, o atendimento de emergência e urgência; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que expandiu a cobertura com atenção básica à saúde e mais tarde as Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais, mediante parceria com estados e municípios ampliaram a cobertura dos serviços de saúde à população não previdenciária.

Dado que esta nova demanda não poderia ser suficientemente suprida pelo estoque de estabelecimentos públicos existentes, optou-se por uma política de contratação de prestadores de serviços privados.

Como pode-se observar o setor saúde foi um dos segmentos utilizados pelo governo para expandir o capital privado.

Uma outra prova disso é que, em 1982, independentemente, da natureza do estabelecimento ser pública ou privada, a maioria absoluta dos empregos em saúde eram diretamente ou indiretamente remunerados pelo Estado.

Os empregos remunerados diretamente pelo Estado representavam 51,01% dos empregos em saúde. No mesmo período, os empregos em estabelecimentos de saúde conveniados com o INAMPS somavam 59,41% do total de empregos. Os empregos indiretamente remunerados pelo estado representavam cerca de 30%, restando para a

iniciativa privada a responsabilidade pela remuneração de cerca de apenas 18% dos empregos em saúde (Girardi, 1986, p.7).

Portanto, como pode-se verificar, pelo exposto, sem a intervenção estatal, no sentido de criar condições para a expansão do capital, a área de saúde, provavelmente, não teria apresentado a dimensão observada na década de 70.

Em síntese, a articulação da área de saúde com os interesses privados do complexo médico industrial que se constituiu, no Brasil, a partir da década de 60, foi o principal traço que permitiu o crescimento do emprego na saúde. O governo através de subsídios e isenções conferia ao setor privado as condições para que este se desenvolvesse. Neste sentido um grande volume de recursos federais foram repassados para a rede privada (Machado, 1992, p.40).

Nas palavras de Nogueira (1986, p.32)

> "[...] pode-se dizer que o atrelamento do setor de serviços de saúde com o capital produtivo constituído na área de equipamentos e medicamentos impulsionou e solidificou o processo de capitalização da saúde, que teve no financiamento estatal sua mola mestra [...]"

Com base nos trabalhos de Medici (1986) e Machado (1992) pode-se dizer que o crescimento do emprego na área de saúde teve como principais condicionantes:

a) a reorientação do modelo médico-assistencialista brasileiro, que, em nome dos interesses corporativos do setor privado em saúde, e do estabelecimento da prestação de serviços médicos hospitalares pela previdência social, criou as condições para a vertiginosa expansão da rede pública e privada de saúde;

b) a extensão da assistência médica gratuita a todos os trabalhadores formais e suas respectivas famílias, que serviu, em parte, para atenuar o agravamento das condições

de vida da população trabalhadora, que se deteriorava rapidamente em decorrência da política de arrocho salarial;

c) o forte crescimento da economia brasileira, em especial, no período do “milagre econômico” que criou as condições necessárias para as inversões financeiras e produtivas no setor saúde, assim como possibilitou o estabelecimento de altes taxas de retorno aos capitais nele alocados, seja através da absorção de uma fatia dos gastos do governo, seja mediante o surgimento de uma classe urbana capaz de pagar por serviços mais tecnificados, planos de saúde, etc.

Uma observação importante a ser feita, no que se refere, ao crescimento continuado do emprego dos profissionais de saúde, até mesmo no auge da crise econômica, é o fato de que isto somente foi possível graças ao rebaixamento salarial das categorias profissionais.

Nogueira (1986, p.42) chama a atenção de que este rebaixamento salarial trouxe graves conseqüências: de um lado, em particular para os médicos, acelerou a tendência ao multiemprego; por outro lado, para os profissionais de nível médio e elementar, sobretudo do setor público, conduziu a um desestímulo para aperfeiçoar-se profissionalmente.

Talvez, por estes motivos o aumento de profissionais de saúde no mercado de trabalho não trouxe, para a população, melhorias de atendimento como se esperava.

3.2 ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DO EMPREGO EM SAÚDE NOS ANOS 80

A despeito das dificuldades enfrentadas pela economia brasileira, a partir de meados dos anos 70, os dados indicam que a área de saúde apresentou expansão vigorosa do emprego na década seguinte.

Entre 1980 e 1982, por exemplo, os empregos em saúde cresceram à 7,31% ao ano, enquanto isso, a PEA cresceu a uma taxa de 4,1% ao ano, demostrando que o emprego em saúde apresentou crescimento à frente da expansão da PEA (Girardi,1986, p.6).

Em 1984, as atividades sociais absorviam 7,5% do total de pessoas ocupadas e 15,6% das ocupadas no setor terciário, os estabelecimentos de saúde respondiam por 24% das pessoas ocupadas em atividades sociais (idem, p.8).

Girardi destaca que no biênio 1982/1983 ocorreu queda do crescimento da força de trabalho em saúde, sendo que esta chegou a apresentar decréscimo da ordem de 3,46%. Contudo, nos anos seguintes já se observa uma retomada aos níveis anteriores.

Segundo os dados de Medici (1993, p.42/3) e com base na tabela 4 pode-se observar que entre 1980 e 1987 o emprego nos estabelecimentos de saúde do país passou de cerca de 815,7 para 1175,5 mil, representando um crescimento de 5,3% ao ano.

TABELA 4 – Composição e crescimento do emprego em saúde, Brasil: 1980 –1987

Categorias	1980	1987	crescimento anual
TOTAL	**815.668**	**1.175.479**	**5,36**
Nível Superior	197.352	300.949	6,21
Nível Médio	111.501	193.551	8,20
Nível Elementar	266.778	329.895	3,08
Administrativo	240.037	351.084	5,58
SETOR PÚBLICO	**365.559**	**567.453**	**6,48**
Nível Superior	98.379	170.638	8,18
Nível Médio	58.232	111.501	9,72
Nível Elementar	111.345	128.986	2,12
Administrativo	97.603	156.114	6,94
SETOR PRIVADO	**450.109**	**608.026**	**4,39**
Nível Superior	98.973	130.311	4,01
Nível Médio	53.232	81.836	6,34
Nível Elementar	155.433	200.909	3,73
Administrativo	142.434	94.970	4,59

Fonte: IBGE/AMS 1980 e 1987

A evolução do emprego não ocorreu de forma homogênea nos diversos subsetores, segundo depreende-se da tabela 4, ao longo da década 80:

a) o emprego no setor público apresentou uma expansão mais acentuada do que o crescimento no setor privado, chegando a ser responsável por 48,3% do total de postos de trabalho absorvidos pelo setor[1];
b) os profissionais de nível médio, tanto no setor público quanto no privado, apresentaram crescimento significativo, o que pode indicar uma melhor composição das equipes de saúde, que passaram a absorver um pessoal mais qualificado para exercer trabalhos auxiliares;
c) o setor privado apresentou níveis mais baixos de pessoal qualificado que o setor público. Enquanto no setor público constatou-se crescimento anual da ordem 8,18% de pessoal de nível superior, no setor privado este crescimento foi de 4,01%;
d) enquanto no setor público predominavam os profissionais de nível superior e médio (quase 50% do total de profissionais), no setor privado, os profissionais menos qualificados e os ligados à administração eram dominantes (65,1%).

Fazendo-se uma análise das quatro categorias profissionais mais representativas (nos anos 80) do emprego em saúde, dentro de cada um dos níveis de escolaridade e segundo a natureza da entidade (pública ou privada), constata-se que: entre os profissionais de nível superior, os médicos foram os mais significativos chegando a representar em 1987, 68,6% dos postos de trabalho de nível superior (64,7% nos estabelecimentos públicos e 73,7% nos privados); quanto aos profissionais de nível médio, sobressaem-se os técnicos e auxiliares de enfermagem com, 66,8% do total de postos de trabalho da sua categoria; entre os de nível elementar, a quase totalidade era composta por atendentes, cerca de 97,1%; e, por último, o pessoal administrativo, que representava mais da metade dos postos de trabalho sendo 34,2% composto pelo pessoal de serviços gerais e 28,4% pelo pessoal diretamente ligado à administração.

[1] Ao que tudo indica a tendência à privatização observada nos anos 70, marcada pela concentração de pessoal de saúde nos estabelecimentos privados, reverteu-se na década de 80, quando o setor público passou a concentrar uma maior parcela do emprego em saúde.

No próximo tópico serão verificados como se formaram as equipes de saúde nos diversos estabelecimentos, levando-se em consideração as prioridades das políticas de recursos humanos na área de saúde e o nível de escolaridade.

3.2.1 Composição das equipes de Saúde

As políticas de recursos humanos e de emprego no setor saúde pregavam a necessidade de adequação da composição de recursos humanos de nível superior, técnico e elementar, porém não se preocuparam em formar pessoal qualificado de nível médio. Esta atitude resultou em uma forte bipolarização da composição das equipes de saúde; de um lado, encontravam-se os médicos (profissionais altamente qualificados e especializados) e no outro extremo, o pessoal desqualificado, sobretudo, o atendente.

As políticas de governo privilegiaram a formação de médicos (para atender aos anseios do setor privado). Segundo dados da CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, de 1993, entre 1977 e 1987 foram criados cerca de 100.000 empregos para 30.000 médicos formados e por outro lado foram ofertadas cerca de 90.000 novos posto de trabalho para atendentes, constituindo-se em cerca de 60% do total de empregos em saúde. Em contrapartida, as categorias de enfermagem e auxiliares de enfermagem que são de alta relevância dentro de uma equipe, viram-se fora do processo, já que no período as escolas de enfermagem formados mais de 40.000 novos profissionais e o mercado criou pouco mais de 14.000 empregos .

Este tipo de composição é maléfica tanto para o profissional, quanto para o “paciente”. Para o profissional, porque, sem uma equipe qualificada o trabalho, torna-se menos eficiente e as possibilidades de ocorrerem erros multiplicam-se; para o paciente, porque, pode ser vítima destes possíveis erros; mesmo que eles não ocorram, o atendimento fica prejudicado.

Como pode-se observar pela tabela 5, em 1978 a maioria dos postos de trabalho estavam ocupados pelo pessoal de nível superior (165.378) e elementar (177.036) representando cerca de 81,5% do total de empregos em saúde, naquele ano.

Em 1982, observa-se que tal situação começa a mudar, e a participação do pessoal de nível médio na composição das equipes aumenta, chegando a representar 22,04% dos empregos existentes naquele ano (555.141). Mesmo assim, a quantidade de pessoal de nível superior e elementar somados chega a 79,95%, número considerado bastante elevado.

TABELA 5 – Composição e crescimento do emprego em saúde , Brasil, 1978/1982**

Categorias	Anos	
	1978	1982
Nível Superior	165.378	228.228
Nível Médio	75.905	122.376
Nível Elementar	177.036	204.537
Total de empregos em saúde*	418.319	555.141

Fonte: AMS/ IBGE
*excluídos o pessoal administrativo e de apoio
** Tabela adaptada de Girardi, 1986

Este processo do aumento do pessoal de nível médio demostra uma preocupação em melhorar o atendimento e adequar o sistema de atenção à saúde às reais necessidades da população. Afinal os tempos são outros e o modelo de atenção à saúde pensados nos moldes da década de 60 e 70 já não resolviam os problemas. Tornou-se urgente que se adotasse um novo modelo de assistência médica mais adequado ao sistema universal de saúde vivido pelo país.

Para Medici (1993, p.15) apesar de ter ocorrido aumento do peso dos empregos de nível médio em todos os tipos de estabelecimentos de saúde, os de caráter ambulatorial privados continuaram tendo no pessoal de nível superior a maior parte de seus empregos. Isto porque o segmento de estabelecimentos privados sem internação não é voltado para o atendimento geral, mas sim para a assistência em uma dada modalidade

de especialização. Mesmo quando têm convênios com a previdência, as clínicas especializadas privadas sem internação dependem muito do especialista, particularmente do médico, e têm na lucratividade em cima do trabalho médico e dos exames sua principal sustentação.

Em relação ao pessoal universitário, verifica-se um comportamento estável, no que se refere ao seu crescimento e participação:

TABELA 6 – Postos de trabalho de nível superior na saúde, Brasil: 1976-1982

Categorias	Anos		incremento geométrico anual
	1976	1982	
Médico	105.684	171.649	8,42%
Odontólogos	11.732	22.212	11,23%
Enfermagem	12.251	18.047	6,67%
Farmacêutico	3.355	5.142	7,38%
Nutricionista	1.630	2.297	5,88%
Assistente Social	3.309	5.712	9,53%
Psicólogo	726	2.421	22,22%
Total de empregos	346.295	555.141	8,18%

Fonte: AMS/IBGE apud Girardi, 1986

- Os **psicólogos** juntamente com os nutricionistas, em 1982, apresentavam-se como as categorias universitárias com menor peso nos serviços (0,4%);

- Quanto aos **odontólogos**, a crescente absorção dessa força de trabalho pelos estabelecimentos de saúde , parece ter conduzido ao assalariamento desta categoria;

- Em relação aos **médicos,** seu crescimento no período, considerando o conjunto dos estabelecimentos, situou-se em 8,42% ao ano, sendo que eles detinham em 1982 , aproximadamente 31% dos postos de trabalho de saúde;

- Os **enfermeiros** apresentaram crescimento abaixo da média (6,67% ao ano); todavia, a partir de 1979 tais empregos começaram a experimentar taxas de crescimento acima do verificado para o total do emprego em saúde.

3.3 Características da Ocupação nos Serviços de Saúde

O setor saúde é um dos segmentos da economia que mais crescem no mundo. No Brasil, apresenta expressivo dinamismo com grandes oportunidades de negócios; este setor movimenta anualmente enorme volume de recursos. Segundo dados fornecidos pela Gazeta Mercantil (1999), em 1998, o orçamento da União destinado ao setor girou em torno de R$ 20 bilhões e estima-se que o sistema privado de saúde alavanque entre R$ 16 bilhões e R$ 20 bilhões anuais.

A saúde transformou-se em uma área promissora para os negócios e grande absorvedora de mão-de-obra. Uma quantidade significativa de empregos diretos e indiretos são gerados a partir da expansão do segmento saúde. De acordo com o Censo de 1980, havia cerca de 1,2 milhões de pessoas alocadas na área de saúde, incluindo empregados e profissionais autônomos. Este número constituía aproximadamente o dobro do que existia em 1970 e representava 4% do total da População Economicamente Ativa (PEA) do Brasil (Boletim de Análise do Mercado de Trabalho em Saúde, 1996).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em outubro de 1996, com base nos dados da CAGED (Cadastro Geral de Emprego e Desemprego) revelou que em agosto deste mesmo ano a estrutura setorial do mercado de trabalho em saúde no Brasil mostrava que havia 1 894 191 trabalhadores empregados no setor - cerca de 8% do total de empregos formais existentes no país - sendo que 773 002 estavam ocupados em serviços diretamente ligados à saúde e 1 121 189 eram formados pelo pessoal administrativo e de serviços gerais. Isto, considerando-se os três setores que mais empregavam pessoal de saúde (tabela 7).

TABELA 7 - Estoque de empregos no mercado setorial da saúde por especialidade de atividade econômica segundo tipo de emprego. Brasil, agosto de 1996.

categoria profissional	serviço médico odontológico	Serviço social	administração pública	outros	total
pessoal de saúde	169 940	139 020	255 932	208 110	773 002
pessoal da administração/serviços	376 299	299 973	444 917	-	1 121 189
total	546 239	438 993	700 849	208 110	1 894 191

Fonte: Brasil MTb/SPES/CGIT/Lei 4923/85

Esta pesquisa mostra ainda que o emprego de profissionais e técnicos da área de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, etc.), correspondia a aproximadamente 40% do total dos empregos, ou seja 3% do total de empregos formais existentes na economia.

É importante ressaltar que a composição do emprego na saúde é bastante diferente daquela verificada nos anos 70/80. Nestes anos, o número de profissionais vinculados tecnicamente ao cuidado da saúde e profissionais não diretamente vinculados guardavam entre si certa paridade. Atualmente, (tabela 8) verifica-se maior expansão do pessoal ligado aos setores administrativos e de apoio em detrimento do pessoal ligado diretamente à saúde.

Para Nogueira (1986, p.36) a hipótese mais provável para a questão desse crescimento mais que proporcional do emprego administrativo encontra resposta em exemplos de países como Canadá e Estados Unidos. Nestes países, o aumento da complexidade dos esquemas de financiamento, assim como, a necessidade de gestão eficiente dos estabelecimentos de saúde vem exigindo volumes crescentes de pessoal especializado na escrituração, contabilidade e gerenciamento de planos e seguros de saúde.

TABELA 8 - Distribuição de Pessoal de Saúde e Pessoal Administrativo por Setor: Brasil, agosto de 1996 (%).

categoria	serviço médico odontológico	serviço social	administração pública
pessoal saúde	31,11	31,67	36,52
pessoal administração/serviços	68,89	68,33	63,48
total	100	100	100

Fonte: Brasil - MTb/SPES/CGIT/Lei 4 923/65 apud Boletim ano1 n2

A análise da tabela 9 permite chegar a certas conclusões:

1) a administração pública foi o maior ofertante de empregos, principalmente para médicos (47,7%) e dentistas (57,2%);
2) havia um estoque de 163 033 empregos para médicos enquanto que para auxiliares de enfermagem este número chegou a 305 550, evidenciando o crescimento de oportunidades de emprego nesta categoria;
3) o estoque de empregos para médicos, dentistas, farmacêuticos e enfermeiros, no total de todos os setores, é menor que o número de empregos para o pessoal enfermagem. Isto evidencia uma inversão em relação à estrutura observada nas décadas de 70/80. Neste período, a quantidade de vagas para profissões que exigiam terceiro grau, eram superiores às demais.

TABELA 9 - Estoque de empregos de profissionais de saúde por setores de atividade e segundo a categoria profissional. Brasil, agosto de 1996.

categoria	serviço social	Serviço médico odontológico	administração pública	outros setores	total
médicos	22 378	24 968	77 752	37 935	163 033
dentistas	6 687	2 166	20 954	6 813	36 620
farmacêuticos	2 287	2 148	3 243	21 681	29 359
enfermeiros	11 492	17 533	16 378	15 167	60 570
pessoal de enfermagem	64 374	99 778	89 667	51 731	305 550

Fonte: Brasil - MTb/SPES/CGIT/Lei 4 923/65 apud Boletim ano 1 n2

3.4 DISTRIBUIÇÃO SETORIAL E OCUPACIONAL DO EMPREGO EM SAÚDE NOS ANOS 1990

Ainda tomando como referência a pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde , pode-se observar que confirma-se o crescimento de contratações do pessoal vinculado aos segmentos administrativo e de serviços gerais. No setor de serviços médicos e odontológicos, entre 1992 e 1995, verificou-se crescimento da ordem de 85%. Enquanto isso cerca de 104.000 trabalhadores da administração e serviços gerais foram contratados.

Como pode-se observar pelos dados da tabela 10, no período entre 1992 e 1996, o saldo entre admitidos e desligados de categorias típicas de saúde nos serviços médicos e odontológicos foi de 9.915 trabalhadores.

Outro dado importante que deve ser ressaltado é a redução no ritmo de crescimento das contratações de pessoal de saúde que nos serviços sociais somaram 7.717 (entre 92 e 95), na administração pública 2.354 e nos serviços médicos e odontológicos chegou a 4.242 (tabela 10). Contudo, a pesquisa destaca que tanto a Administração Pública quanto os Serviços Sociais reduziram significativamente o número de contratações de empregados em regime CLT. Já que a amostra utilizada para levantamento dos dados desta pesquisa abrange apenas os trabalhadores do setor formal (CLT), é possível que os números apresentados não condizam inteiramente com a realidade.

TABELA 10 - Total anual de admissões por tipo de pessoal e setor de atividade econômica. Brasil, 1992 –1996, regime CLT.

ano	serviço social	administração pública	serviço médico odontológico	Serviço médico odontológico
	pessoal de saúde	pessoal de saúde	pessoal de saúde	Pessoal administrativo
1992	26.458	9.628	34.358	102.929
1994	19.744	7.757	28.894	151.981
1995	18.741	7.274	30.116	191.905
1996*	3.020	3.824	19.476	129.658

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

*Admissões até julho

A análise do movimento de contratações dos profissionais de saúde como médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiro, pessoal de enfermagem, indica um crescimento na demanda por médicos e, principalmente, farmacêuticos (1425) e enfermeiros (4.276). Quanto aos dentistas e o pessoal de enfermagem, constatou-se queda de 100 e 22.884 respectivamente, no período de 1992 a 1995[2] (tabela 11).

TABELA 11 - Total anual de admissões (CLT) de profissionais de saúde. Brasil, 1992 – 1996

ano	médico	dentista	farmacêutico	enfermagem	Pessoal de enfermagem
1992	15.763	3.480	5.006	9.527	45.439
1993	18.502	3.431	5.927	12.964	37.392
1994	18.012	2.994	6.784	13.096	25.695
1995	18.847	3.380	6.431	13.803	22.555
1996*	8.767	1.372	3.080	6.158	9.249

Fonte: Brasil - MTb/SPES/CGIT/Lei 4.923/65
*admissões até julho

3.5 INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS E ORGANIZACIONAIS

As mudanças na tecnologia e nas formas de gestão dos estabelecimentos e sistemas de saúde têm acarretado novos perfis profissionais para o setor. A aplicação sistemática do conhecimento científico e tecnológico faz com que cada hospital, além de ser um "locus" de prestação de serviços, seja também um espaço privilegiado para o desenvolvimento de inovações técnicas ou gerenciais (Medici, 1993, p.25).

Cada vez mais o sistema de atenção à saúde, no Brasil, se assemelha aos sistemas atuantes nos países desenvolvidos, principalmente no que se refere a utilização de tecnologia avançada.

[2] A forte queda nas contratações de pessoal de enfermagem pode ser fruto de classificação indevida.

Procedimentos terapêuticos bastantes sofisticados como cirurgia cardíaca, diálise renal ou diagnóstico com tomografia computadorizada, são praticados com regularidade em muitos centros médicos de grandes cidades.

Citando Medici (1993, p.27):

> "Profissionais que trabalham com ultrassonografia, tomografias e ressonância magnética são cada vez mais valorizados no mercado. No campo da odontologia, têm avançado fortemente os mercados abertos pelos planos de saúde odontológicos e pelas técnicas de odontologia preventiva, como ortodontia e a periodontia."

O desenvolvimento tecnológico e organizacional exige um novo perfil de profissional. Os avanços no campo técnico e organizacional, sobretudo no que se refere à telemática e à robótica, têm exigido que o profissional de saúde possua amplos conhecimentos de informática.

Ainda no campo tecnológico, é importante destacar a prática da telemedicina, processo que permite o tratamento à distância do paciente, além de possibilitar ao médico ter acesso aos prontuários (via internet) do usuário, e consultar seus exames do lugar onde ele estiver, mesmo que seja um Raio X ou uma ultrassonografia. Este processo permite que o paciente tenha acompanhamento clínico periódico mesmo que o médico não esteja no hospital.

No Brasil, grandes hospitais como o Einstein, em São Paulo, pretendem estar com a área de diagnóstico por imagem totalmente interligada à internet em no máximo dois anos. Este é um projeto que envolve um grande volume de tecnologia, pois é necessário que haja elaboração de programas específicos (Gazeta Mercantil, 2000, p.11).

As tecnologias médicas impulsionam e são impulsionadas por outras áreas do conhecimento como bioengenharia, bioquímica e a genética. A fusão desses conhecimentos com aplicações em medicina tem sido cada vez maior, gerando novos campos de emprego, seja nos hospitais, seja nas empresas e universidades (Medici, 1993, p.32).

É interessante observar que, ao contrário do que ocorre nas demais atividades econômicas, no setor saúde as novas tecnologias não dispensam trabalhadores; pelo contrário, requerem profissionais capacitados para as novas funções e novos equipamentos.

3.6 MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS

3.6.1 As terceirizações

No plano organizacional, os processos mais expressivos são as terceirizações, privatizações, fusões e incorporações e os novos métodos de gestão hospitalar.

Para Medici (1993), a terceirização não constitui novidade para o setor saúde. O segmento saúde já há algum tempo contrata serviço de terceiros. Isto é prática comum tanto no SUS com sua rede de estabelecimentos contratados e médicos credenciados, como também das empresas de medicina de grupo, de seguro saúde ou dos serviços auto administrados das empresas.

A novidade talvez seja a terceirização de certas atividades que exigem alta tecnologia como alimentação, lavanderia e gerenciamento, assim como a terceirização de serviços especializados (radiologia, anestesiologia, etc.).

É importante ressaltar que, no que se refere à terceirização de serviços de lavanderias, este é um processo recente dos anos noventa, e que ganhou maior expressividade nos últimos cinco anos. O serviço de lavanderia para hospitais envolve alta tecnologia e profissionais altamente especializados.

Segundo dados da Gazeta Mercantil (1999, p. 4), atualmente existem cerca de trinta lavanderias especializadas em serviços para hospitais e dois terços destas encontram-se em São Paulo.

A terceirização do departamento de nutrição dos hospitais, também, envolve questões delicadas. As características da cozinha industrial de quem oferta alimentação para hospitais são completamente diferentes dos serviços prestados a outros setores.

A principal diferença encontra-se, exatamente, no usuário. Nos hospitais existem pacientes que necessitam dos mais diferentes cuidados. Existem pacientes sadios (acompanhantes), pacientes que não consomem sal, crianças, idosos, enfim uma clientela bastante heterogênea e que portanto exige tratamentos distintos.

Como diz Laura Ayami Tomimatsu, gerente do grupo françês Sodexho, líder mundial no setor de alimentação e serviços coletivos: "É necessário afinar o serviço em relação às necessidades de cada categoria. È muito delicado" (Gazeta Mercantil, 1999, p.8).

Os nutricionistas da empresa têm que trabalhar em conjunto com os médicos para assim poderem servir eficientemente as necessidades dos hospitais. Devido a estas dificuldades, grande parte dos hospitais ainda oferecem certa resistência à terceirização desta atividade.

3.6.2 O processo de Desospitalização

O desenvolvimento de novas tecnologias aliado à necessidade de redução de custos e riscos, impõem ao mercado de saúde mundial uma busca por alternativas que proporcionem a oferta dos serviços de saúde com qualidade, eficiência e baixos custos.

Uma das alternativas encontradas, e que já está bastante difundida, no Brasil e no mundo, é a tendência a desospitalização, ou seja, redução do tempo de internação do paciente no hospital. Este procedimento além de racionalizar os custos, já que as internações juntamente com os serviços ambulatoriais são apontados como os principais

responsáveis pelos altos custos nos estabelecimentos de saúde, também diminuem o risco de infecções hospitalares, que é um complicador para a saúde do paciente.

Portanto, a tendência é que cada vez mais os grandes hospitais concentrem-se nos casos de emergência e cirurgias complexas e os casos mais simples fiquem a cargo dos Day Hospitals (hospitais dia). Estes hospitais são caracterizados por atenderem a pacientes em situação em que a permanência no hospital não ultrapasse o período de 24 horas. A rotatividade nestes estabelecimentos promove aumento significativo do número de leitos disponíveis e facilita o acesso das pessoas aos procedimentos cirúrgicos, já que os custos são mais baixos, do que nos hospitais de grande porte. Segundo dados da Gazeta Mercantil (2000, p. 7), a redução dos custos chegam a ordem de 30%.

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o Ministério da Saúde, o maior gerador de internações são as complicações com gravidez, parto e pós parto, responsáveis por 2,9 milhões de internações em 1998 (24,79%), assim como pelo maior gasto (R$ 579,8 milhões).

O Ministério da Saúde com o objetivo de controlar essa situação, determinou em 1998 que os hospitais integrantes do SUS passassem a realizar, no máximo, 40% de cesáreas. E a expectativa era de que este percentual chegasse a 30% até o final de 1999.

O próprio Ministério, em pesquisa realizada em 1994, já havia detectado que em cada dez internações realizadas, uma era desnecessária, já que o período de permanência do paciente no hospital era inferior a vinte e quatro horas. Em 1995, sob o comando do então ministro Adib Jatene, o SUS, passou a aceitar até nove habitantes internados/ano para cada grupo de 100 habitantes, ajustando desta forma o sistema a padrões internacionais.

TABELA 12- SUS: dez causas mais freqüentes de internações, Brasil – 1998/99

	Anos					
Grupo de causas	1998			1999		
	freqüência	%	ordem	freqüência	%	ordem
Parto normal	1.685.535	13,76	1	1.866.177	15,00	1
Pneumonia	737.596	6,02	2	728.257	5,85	2
Parto com cesariana	563.375	4,60	3	525.085	4,22	3
Insuficiência cardíaca	389.412	3,18	5	416.256	3,35	4
Asma	335.432	2,74	7	364.180	2,93	5
Esquizofrenia	347.270	2,84	6	352.093	2,83	6
Outra doenças pulmonares obstrutivas	233.791	1,91	9	241.026	1,94	7
Diarréia e gastroenterite de origem presumida	237.381	1,94	8	240.523	1,93	8
Infecções intestinais mal definidas	211.899	1,73	10	234.275	1,88	9
Hernia inguinal	ND*		ND	169.281	1,36	10
Subtotal	**4.741.691**			**5.137.153**		
Todos os demais procedimentos	7.506.941			7.301.223		
Total	**12.248.632**			**12.438.376**		

Fonte: DATASUS, elaboração própria
* Não disponível

Verificamos que, entre as dez maiores causas de internações do SUS, registradas em 1999, o **parto normal,** ocupava o primeiro lugar, representando 15% do total de internações. Em seguida vinha a **pneumonia,** com 5,85% de participação. Em um país em vias de desenvolvimento, como o Brasil, a posição de destaque ocupada pela pneumonia é preocupante.

No mesmo ano, o ítem **infecções mal definidas,** ocupava a nona colocação no "ranking" de internações (1,88%).

Quanto a esta situação Piola e Vianna (1996, p.41) comentam:

> [...]"Em um país de população jovem, com crescimento demográfico expressivo, embora em queda, não surpreende a posição de destaque das causas obstétricas. Difícil é explicar o crescimento nas internações por infecções intestinais mal definidas[...] "

Outro grupo que merece ser analisado é aquele que se refere às complicações do coração, este era responsável, em 1999, por 3,35% das causas de internações (4º colocação).[3]

De uma forma geral, o Ministério da Saúde, tem conseguido alcançar a meta de reduções das internações. Em 1993, ocorreram 15.612.095 internações na rede pública, em 1999, este número reduziu-se para 12.438.376, representando uma queda da ordem de 20,3%, em relação a 1993[4].

[3] Como este tipo de complicação encontra-se dentro do grupo das chamadas "doenças do desenvolovimento", é compreensível sua posição.
[4] Os dados referentes a 1993, encontram-se no trabalho de Piola (1996).

4 O EMPREGO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE – O CASO DA RMS

4.1 PANORAMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA RMS

A expectativa de crescimento do setor saúde na capital baiana é bastante elevada. São dois os fatores que contribuem para a crença no desenvolvimento deste setor em Salvador: a) a mudança da pirâmide etária que aponta para um maior envelhecimento absoluto e relativo da população, ou seja , aumento da expectativa de vida (os idosos são quem mais demandam serviços de saúde); b) o aumento da renda regional que proporciona a uma parcela maior da população adquirir planos e seguros de saúde.

Nas décadas de 70/80 o setor público era o grande ofertante de serviços de saúde. Na última década, este quadro se modificou, e o setor privado vem ganhando espaços importantes, suprindo a deficiência deixada pelo atendimento público, a área privada cresce às custas da falta de eficiência do setor público.

A manutenção do crescimento dos serviços de saúde, em Salvador, passa assim por uma maior presença do capital privado.

Segundo dados da (Ahseb) Associação de Hospitais e Serviços de Saúde da Bahia (Gazeta Mercantil, 1999, p. 3), até a década de 70, havia apenas dois hospitais privados na cidade, a Beneficência Portuguesa e o Sanatório Espanhol. Hoje são aproximadamente 42, fora os Day Hospitals, que são mais de 10; a receita do setor no estado é de R$ 450 milhões, dos quais 60% são provenientes de Salvador.

Dos anos 70 aos 90 o cenário da saúde privada no Estado da Bahia sofreu várias modificações. Para o presidente da Tecnosp (Tecnologia de Gestão em Saúde), Newton Quadros, os principais responsáveis por estas transformações foram as iniciativas dos médicos Jorge Valente Filho e Sócrates Guanaes. Sobretudo pela fundação do Hospital Jorge Valente em 1976, e do Instituto Cardio Pulmonar da Bahia em 1977. Estas

iniciativas foram o carro chefe que possibilitaram a transformação da Avenida Garibaldi numa referência do setor saúde (Gazeta Mercantil, 2000, p.6).

Mais recentemente, a implantação do Hospital São Rafael (1990), e do Hospital Aliança (1991), introduziram mais qualidade no setor e isto incentivou a competição no mercado baiano. Esta competição é positiva tanto para os empreendedores, quanto para a população. Os hospitais melhoram a qualidade dos serviços e surgem centros de referência.

No entanto, de acordo com a Gazeta Mercantil (2000, p.6), a má distribuição de renda e a concentração de riqueza estagnaram os negócios do setor privado no estado por mais de cinco anos.

No início do Plano Real, que possibilitou aumento do poder aquisitivo da população, e diante de um sistema público de saúde ineficiente, uma parcela da população revendicou os serviços da área privada. Este fato possibilitou crescimento nos negócios. Contudo este processo não permaneceu por muito tempo, a política monetária de manutenção do Plano Real logo retraiu o movimento de expansão do setor.

Apesar da estagnação verificada no setor saúde baiano nos últimos cinco anos, há uma expectativa de mudança nesta área como resultado de um melhor desempenho econômico do estado, a partir da entrada em operação de grandes indústrias como a Ford, por exemplo.

É com base nesta expectativa que muitos empreendedores estão sendo atraídos para a capital baiana. O que se observa em Salvador é a implantação de vários núcleos médicos de grande e pequeno porte, intensivos em tecnologia e com um corpo de profissionais altamente capacitados, como são os casos do recém inaugurado Hospital da Cidade, localizado estrategicamente na Caixa D'agua, e do Jaar Andrade em Cajazeiras. Há a previsão de implantação de mais dois hospitais: um na Avenida Paralela, visando o crescimento da população em direção a aquela parte da cidade, e o Hospital da Bahia, na Avenida Magalhães Neto.

Além disso a demanda por mais serviços de saúde estimulados pela adesão das classes C e D aos planos e seguros de saúde, atraiu alguns investimentos para Salvador, como é o caso do Hospital da Cidade dos irmãos Guanaes.

Este empreendimento envolveu investimentos da ordem de 3,7 milhões de reais , em um estabelecimento com 5 mil metros de área construída, 100 leitos, um centro cirúrgico com seis salas, emergência, UTI humanizada, laboratório e um centro de bio-imagem com serviços de radiologia, tomografia e ultrassonografia. A expectativa é de geração de 300 empregos diretos e 200 indiretos (Gazeta Mercantil, 1999, p.3).

Certamente o setor privado é o locomotiva do desenvolvimento da área de saúde na Bahia, porém não se pode esquecer que a maior parcela da população (10,8 milhões) depende dos serviços públicos. Estes, apesar das nítidas deficiências que podem ser constatadas pelas filas nos postos de saúde (demora para marcação de consultas e outros problemas), vêm apresentando melhorias significativas na última década.

A tendência é que o serviço público de saúde concentre-se na prevenção, área onde é mais eficiente, já que no atendimento hospitalar tem se mostrado dispendioso e pouco satisfatório. Uma alternativa, talvez, seja buscar parcerias com o setor privado para atender às populações carentes.

4.2 O CRESCIMENTO DA OCUPAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA RMS

A configuração singularizada da dinâmica dos ocupados na área de saúde na Região Metropolitana de Salvador, é o que se abordará neste capítulo, enfatizando-se as mudanças quantitativas na evolução do emprego.

A análise realizada teve como base os dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego – PED/RMS. A PED dispõe de informações relativas a 61899 casos, no setor de serviços, no período 1996/99, sendo que após selecionados os ocupados unicamente no setor saúde a amostra passou a representar 4244 casos.

A PED coleta informações mensalmente, por meio de entrevistas com moradores de 10 ou mais anos de idade, em 2200 domicílios da RMS, chegando à marca de 7000 questionários mensais na área urbana dos municípios que formam a região. Estes municípios são: Camaçari, Candeias, Dias D'Avila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Salvador, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz.

A PED já havia sido realizada em 1987/88 e por isso há uma amostra passível de comparação, a nível setorial, com os dados de 1996/99. No entanto, quando desagregou-se os dados do setor saúde, por categorias profissionais, a amostra de 1987/88 apresentou problemas, optou-se, então, por trabalhar apenas com os dados de 1996/99

4.2.1 A Evolução do Emprego em Saúde no período 1996/99

No período entre 1987/88 e 1996/99, na RMS, a variação dos ocupados na economia apresentou dinâmica diferenciada entre os diversos setores: o setor primário apresentou variação de – 38,4%, no número de ocupados; o setor industrial, embora em menor proporção, seguiu a mesma tendência de queda (-32,8%); apenas o setor de serviços

apresentou variação positiva de 16,2%. No setor saúde, o emprego apresentou, no mesmo período, crescimento de cerca de 27,1%.

Analisando-se o setor saúde por dentro, verifica-se que o setor privado (tabela 13) apresentou taxa mais elevada na quantidade de ocupados que o setor público, com respectivamente, no período 1996/99, 36,5% e 63,5%. Estes dados evidenciam a hegemonia da área privada que detinha mais da metade dos postos de trabalho existentes na região metropolitana.

TABELA 13 -Total de ocupados da saúde na RMS segundo a entidade mantenedora 1996-99

Setor	Absoluto	Percentual
Privado	2698	63,5
Público	1546	36,5
Total	4244	100

Fonte: PED/RMS Elaboração própria

Este processo, provavelmente, é herança do modelo adotado quando da ampliação do sistema de atenção à saúde, diga-se, deslocamento de recursos do setor público para o privado, ao invés de ampliação e investimentos no setor governamental.

Internamente aos setores público e privado (tabela 14), e considerando-se as principais categorias profissionais, verifica-se que os psicólogos foram os profissionais que ocuparam a maior parte dos postos de trabalho na área privada (87,7%), enquanto no setor público a taxa foi de 12,3%. Em seguida estavam os dentistas com 85,4% (privado) e 14,6% (público).

Os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem foram as únicas categorias a apresentarem taxas mais altas no setor público do que no setor privado. No caso dos enfermeiros, essa taxa chegou a 58% na área pública e 42% na privada; os auxiliares apresentaram proporção mais homogênea 51,1% no setor público e 48,8% no privado. Esses dados evidenciam a importância, crescente, que estes profissionais vêm

adquirindo no decorrer dos anos. Ambos os setores (público e privado), necessitam de uma proporção cada vez maior destes profissionais.

TABELA 14 - Ocupados na área de saúde da RMS segundo a natureza da entidade mantenedora, 1996-99

Categorias	Setores		
	Privado	Público	Total
Dentistas	85,40	14,60	100,00
Enfermeiros	42,00	58,00	100,00
Fisioterapeutas e massagistas	62,00	38,00	100,00
Médicos	61,20	38,80	100,00
Psicólogos	87,70	12,30	100,00
Auxiliares de Enfermagem	48,80	51,20	100,00
Técnicos de Enfermagem	59,90	40,10	100,00
Outros	66,90	33,10	100,00
Pessoal da Administração	71,40	28,60	100,00
Serviços Gerais	69,00	31,00	100,00

Fonte: PED/RMS Elaboração própria

Quanto à capacitação do trabalhador de saúde, os dados da tabela 15, demostram que o nível de escolaridade do setor é elevado. Este fato pode ser constatado contrapondo-se a quantidade de pessoal de nível elementar (24%) com a quantidade de profissionais de nível médio e superior (76%).

O pessoal de nível médio, como já foi dito, viu-se fora dos planos de incentivo do governo (ao longo da décadas de 60 e 70). São atualmente os que representam a maior porcentagem de trabalhadores nas equipes de saúde (46,1%), sendo os auxiliares de enfermagem os mais expressivos nesta categoria.

TABELA 15 - Ocupados em saúde na RMS segundo grau de escolaridade 1996-99

Escolaridade	1996/99
Nível Superior	29,90
Nível Médio	46,10
Nível Elementar	24,00
Total	100,00

Fonte: PED/RMS Elaboração própria

Apesar do avanço dos níveis de instrução, a proporção da força de trabalho empregada na saúde que não possui o primeiro grau completo é de 11,6%. Contudo, deve-se levar em consideração que a maior parcela destes trabalhadores encontra-se alocada nos serviços gerais.

Detalhando-se as categorias profissionais nos diversos níveis de formação, observa-se, que os empregos de nível superior são basicamente ocupados por médicos; os de nível médio são compostos, em sua maioria, por auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem; os de nível elementar são compostos pelos atendentes de saúde (esta categoria , ao longo dos anos, vem sendo substituída pelos auxiliares de enfermagem).

A análise da estrutura geral do emprego, através de índices percentuais, revelou que todas as categorias profissionais selecionadas apresentaram taxas positivas do número de empregos, o mesmo ocorrendo com as demais categorias que apesar de não serem específicas da área de saúde, venderam sua força de trabalho neste mercado: pessoal da administração 13,9% de participação; serviços gerais 16,1% e outros 22,5%[5].

Excetuando-se os trabalhadores ligados à administração, os de serviços gerais e outros, os auxiliares de enfermagem foram os profissionais que ocuparam o maior número de postos de trabalho na RMS (17,2%), em seqüência estavam os médicos com 12,3% de participação. O menor índice observado foi dos psicólogos, apenas 1,2% das ocupações.

[5] As categorias selecionadas são: médicos, dentistas, fisioterapeutas e massagistas, psicólogos, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

TABELA 16 - Distribuição dos ocupados na área de saúde da RMS, segundo algumas profissões selecionadas, 1996/99

Categorias	Anos de referência
	1996/99
Dentistas	3,90
Enfermeiros	4,70
Fisioterapeutas e massagistas	1,20
Médicos	12,30
Psicólogos	1,20
Auxiliares de Enfermagem	17,20
Técnicos de Enfermagem	7,00
Outros	22,50
Pessoal da Administração	13,90
Serviços Gerais	16,10
Total	100,00

Fonte: PED/RMS Elaboração própria

4.2.1.1 A “feminização” da saúde

A participação feminina na área de saúde é marcante. Algumas categorias profissionais são tradicionalmente ocupadas por mulheres, tais como auxiliares de enfermagem, enfermeiras e técnicos.

A RMS apresentou composição semelhante. Dados da PED (tabela 17) revelaram que, entre 1996 e 1999, do total da força de trabalho em saúde na região, 70,9% eram mulheres e 29,1% homens. Estes dados evidenciam a hegemonia feminina no setor.

TABELA 17 – Total dos ocupados em saúde na RMS, segundo gênero, 1996-99

	Anos	
SEXO	1996/1999	
	freqüência	percentual
Masculino	1234	29,10
Feminino	3010	70,90
Total	4244	100,00

Fonte: PED/RMS Elaboração própria

No período 1996/99 a maior participação feminina na composição do emprego em saúde, ocorreu entre os enfermeiros (97,5%), e os auxiliares de enfermagem (92,4%). No que se refere aos médicos, estes profissionais, apresentaram uma proporção ligeiramente maior de homens (52,2%) do que de mulheres (47,8%).

Os profissionais que não eram da área de saúde, embora trabalhassem no setor, apresentaram forte contribuição feminina, destacando-se pessoal da administração com 79,7% e serviços gerais 70%.

O grupo classificado como outros, também apresentou maior número de homens (54,8%) que de mulheres (45,2%) mas, vale destacar que este grupo é formado basicamente pelo pessoal da manutenção (eletricistas, carpinteiros, encanadores, etc), profissões hegemonicamente masculinas.

TABELA 18 - Pessoal ocupado na área de Saúde na RMS, segundo gênero, 1996-99

Categorias	ANOS DE REFERÊNCIA 1996/99		
	Masculino	Feminino	Total
Dentistas	45,40	54,60	100,00
Enfermeiros	2,50	97,50	100,00
Fisioterapeutas e Massagistas	18,00	82,00	100,00
Médicos	52,20	47,80	100,00
Psicólogos	16,30	83,70	100,00
Auxiliares de Enfermagem	7,60	92,40	100,00
Técnicos de Enfermagem	21,40	78,60	100,00
Outros	54,80	45,20	100,00
Pessoal da Administração	20,30	79,70	100,00
Serviços Gerais	30,00	70,00	100,00

Fonte: PED/RMS Elaboração própria

Os motivos que contribuíram para este fenômeno, de maior participação feminina no emprego em saúde, devem ser buscadas à luz de três fatores: 1) maior participação da mulher no orçamento familiar; 2) maior aceitação da mulher no mercado de trabalho; 3) salário feminino, geralmente, mais baixo que o masculino; 4) a questão cultural.

4.2.1.2 Uma força de trabalho jovem

Os dados referentes à idade revelaram que entre os trabalhadores ocupados na saúde, uma parcela significativa encontrava-se na faixa etária de 25 a 39 anos. No período 1996/99, considerando-se apenas os profissionais de saúde, o percentual de pessoal, nesta faixa etária, era da ordem de 43,3%. Caso incorpore-se a esta faixa os ocupados entre 19 e 25 anos, o percentual chega a 50%.

Entre os profissionais de nível superior, os médicos foram os que apresentaram (1996/99) maior proporção de profissionais com idade inferior a 40 anos (26,9%). No

conjunto das categorias de nível médio, os auxiliares de enfermagem são os mais jovens, com 37,2% da força de trabalho com menos de 40 anos.

TABELA 19 - Ocupados em saúde na RMS segundo faixa etária 1996-99

Categorias	10 -18	19-24	25-39	40-59	mais de 60
Profissionais de saúde*	NS**	5,90	43,30	40,00	4,60
Pessoal da administração	NS	18,20	55,40	23,30	NS
Serviços Gerais	NS	11,50	51,00	33,60	NS
Outros	NS	19,90	44,40	29,40	NS

Fonte: PED/RMS Elaboração própria
*médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas e massagistas.
**Não significativo

De uma forma geral, o pessoal de nível médio foi quem apresentou uma taxa mais elevada de trabalhadores com menos de 39 anos de idade (61%). No caso dos universitários, a proporção foi de 48,3%.

Quando analisa-se os profissionais ligados à administração, a quantidade de pessoal com idade inferior a 40 anos alcança o índice de 73,3%.

Por fim, vale destacar que a proporção de força de trabalho jovem no mercado da saúde, pode estar associada ao fato do pessoal estar ingressando nas faculdades cada vez mais cedo. No que se refere ao pessoal de nível médio, as oportunidades de emprego na área têm atraído um grande contigente de jovens que saem do segundo grau e fazem os cursos de auxiliares de enfermagem.

4.2.1.3 A questão do “multiemprego”

Um dos fatores que contribuíram para que fosse possível o crescimento do emprego na área de saúde, foi o rebaixamento salarial das categorias profissionais. A conseqüência do arrocho salarial, foi a disseminação da prática do multiemprego, sobretudo, para o médico. Esta prática consiste em um mesmo profissional possuir emprego em vários estabelecimentos. É um procedimento que acarreta distorções, tais como: estresse para o profissional, o que aumenta a possibilidade de erros; diagnósticos precipitados, já que o tempo de atendimento diminui, mas o número de pacientes não segue a mesma trajetória, e outros.

Uma forma de verificar se está ocorrendo a prática multiemprego, é observar a quantidade de horas trabalhadas pelas categorias profissionais.

Na RMS, como pode-se verificar pela análise dos dados da tabela 20, entre 1996 e 1999, aproximadamente, 65% do total de ocupados na área de saúde, trabalhavam mais de 40 horas semanais, e apenas 34,6% tinham como limite 30 horas semanais de trabalho.

TABELA 20 - Proporção do total de ocupados na saúde na RMS segundo horas trabalhadas, 1996-99

Horas Trabalhadas	Freqüência	Percentual
até 20	655	15,4
21 -30	813	19,2
31 -40	1538	36,2
41 -48	817	19,3
mais de 49	421	9,9
Total	4244	100

Fonte: PED/RMS Elaboração própria

Realizando-se uma análise mais detalhada, por categoria profissional, é possível identificar que das categorias selecionadas, cerca de 48% trabalham mais de 49 horas na semana; somando-se a estes profissionais as demais categorias, a fração chega 77,2%.

TABELA 21 - Ocupados em Saúde na RMS segundo horas trabalhadas, 1996-99

Categorias	Horas Trabalhadas na Semana					Total
	até 20	21-30	31-40	41-48	mais de 49	
Dentistas	24,8	23,1	32,1	10,9	9,1	100
Enfermeiros	11,5	29	37,5	16,5	5,5	100
Fisioterapeuta e massagistas	NS	NS	NS	NS	NS	
Médicos	21,4	22,8	25,5	10,9	19,4	100
Psicólogos	NS	NS	NS	NS	NS	
Auxiliares de Enfermagem	13,4	20	39,9	19,7	7	100
Técnico de Enfermagem	20,7	24,3	33,4	14,7	6,9	100
Outros	20,5	19,6	28,7	19,2	12	100
Pessoal da administração	9,2	16,9	46,2	18,9	8,8	100
Serviços Gerais	9,8	9,7	37,9	34,1	8,5	100

Fonte: PED/RMS Elaboração própria

Dentre os profissionais com nível superior, os médicos foram os que apresentaram uma jornada de trabalho mais longa: 19,4% destes profissionais trabalhavam mais de 49 horas durante a semana.

De uma forma geral as maiores porcentagens de trabalhadores encontravam-se na faixa de 31 a 40 horas. Os auxiliares de enfermagem, seguido dos enfermeiros foram os mais representativos, com 39,9% e 37,5%, respectivamente.

Portanto, com base nos dados das tabelas 20 e 21, pode-se dizer que na Região Metropolitana de Salvador, boa parcela dos profissionais da área de saúde excede a carga horária de trabalho aconselhável, e reproduz a mesma situação observada para o resto do país, ou seja, vários empregos para o mesmo profissional.

5 CONCLUSÂO

A década de 90 representou para o setor de serviços a consolidação de sua importância e expansão nas economias modernas. No Brasil, o processo expansivo do setor estendeu-se às principais localidades do país. Na RMS esse segmento foi o único a ampliar sua participação relativa na estrutura ocupacional, pois os setores industriais e agrícola apresentaram, na última década, decréscimo no número de contratações.

Daí a importância de ter-se iniciado este trabalho analisando-se os principais fatores que permearam o crescimento deste setor. Verificou-se que inúmeros foram os fatores apontados como causadores deste processo, merecendo destaque a intensa reestruturação produtiva pela qual passaram as empresas brasileiras, e também as empresas soteropolitanas, nos últimos anos.

A vertiginosa introdução de novas tecnologias, de novas formas de estrutura empresarial, aliada à quebra das barreiras comerciais que protegiam o mercado nacional (colocando a produção nacional frente à concorrência internacional), foram características decisivas para que ocorresse a reestruturação empresarial.

Nesse contexto, cresceram ocupações em Serviços considerados modernos ou sociais (saúde e educação, por exemplo) e decresceram as ocupações que historicamente absorveram mão-de-obra de baixa qualificação, como os serviços domésticos.

Entretanto, o crescimento do setor saúde representa um capítulo à parte da expansão dos serviços, de uma forma geral. Observou-se que no caso da área de saúde o principal fator que possibilitou seu crescimento e evolução do emprego, foi o fator governo. Este criou e preparou todo o cenário para que a área se saúde pudesse desenvolver-se.

A política de contratações dos serviços privados trouxe sérias conseqüências quanto à prestação de serviços à população, principalmente com o advento da adoção do sistema

de cobertura universal de saúde. O setor público expandiu o acesso à saúde sem ter condições de atender direta e eficientemente a toda a população. A medida adotada para suprir a lacuna deixada pelo governo, foi de compra dos serviços médicos da esfera privada.

As conseqüências desse modelo foram: 1) o fortalecimento da rede privada (através do financiamento público), 2) o processo de fragilização e redução da presença relativa da rede pública preexistente.

As distorções provocadas por este tipo de política podem ser até hoje sentidas no sistema de saúde brasileiro, destacando-se como a mais forte delas a grande diferenciação e desigualdade que marcam o acesso aos serviços de saúde

Como o objetivo específico deste trabalho é o estudo do crescimento do emprego na saúde, e não a análise das condições em que se processaram tal expansão no Brasil, a partir deste ponto passa-se a analisar a questão da ocupação.

Seja para atender aos interesses do complexo médico-industrial, ou não, o importante é que a área de saúde vem apresentando-se, ao longo das últimas décadas, como um importante pólo de absorção de trabalhadores, destacando-se os anos 70 como o momento de maior crescimento do emprego na área.

Uma das principais características (em relação à composição da força de trabalho) que marcam o período supra citado, e que são de grande importância para o estudo do comportamento do emprego no setor saúde, é a questão da formação de pessoal.

Quando ocorreu a expansão do setor foi dada prioridade à formação de pessoal de nível superior, em detrimento ao pessoal de nível médio. Este “erro” trouxe sérios problemas para o setor, problemas estes que evidenciaram-se quando uma maior parcela da população passou a ter acesso à saúde. Já na década de 80, observa-se que ocorreram mudanças no sentido de se corrigir tais distorções, e o pessoal de nível médio começou a ganhar campo dentro das equipes de saúde.

Na década de 90, no Brasil e na RMS, observou-se que a maior parte dos postos de trabalho concentravam-se na área administrativa. Este fator pode ser uma decorrência de uma maior inserção de pessoal ligado à gestão de negócios, no mercado de trabalho da saúde.

Quanto ao crescimento do emprego na RMS, verificou-se que , a capital baiana seguiu as tendência apontadas para o resto país: a) maior participação da área privada; b) maior proporção de mulheres do que de homens na força de trabalho; c) aumento do grau de escolaridade; d) rejuvenescimento da força de trabalho; e) grande quantidade de pessoal ligado à administração, o que evidencia uma preocupação em gerir melhor os negócios; f) tendência ao multiemprego.

Este trabalho não tem a pretensão de esgotar as diversas questões que dizem respeito ao o mercado de trabalho em saúde, mas tão somente realizar o acompanhamento das trajetórias que marcaram este setor e, quem sabe orientar políticas de saúde mais justas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A ENFERMIDADE do modelo, **Gazeta Mercantil**, Salvador, 31 mar. 1999 (relatório), p.1 -6.

ALMEIDA, Paulo Henrique de (coordenador). **Salvador dinâmica, a economia soteropolitana pela ótica da ocupação**. Salvador: FCE – UFBA/PMS , 1999 (Relatório de pesquisa).

ALMEIDA, Paulo Henrique de. Passado e futuro dos serviços: o caso da RMS**. Bahia Análise & Dados**, Salvador, v.10, n.1, p.68 -86 julho 2000.

ALMEIDA, Paulo Henrique de. Produtividade e improdutividade dos serviços na história de pensamento econômico, **Análise & Dados**, Salvador, SEI, v.6, n. 4, p. 5 -19 mar.1997.

ANDRADE, Mônica Viegas. Setor de serviços segmentado**. Força de Trabalho e Emprego**. UFMG, v.2, p. 16-27, 1995.

AZEVEDO, José Sergio Gabrielli de. Mudanças no padrão de ocupação na RMS. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, SEI, v.8 n. 4, março de 1999, p.9 -26.

BOLETIM DE ANÁLISE DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL. Mercado de Trabalho Setorial e Ocupacional da Saúde. v. 1, n. 2, Brasília, . Ministério da Saúde 1996. Disponível em: www.rhsus.gov.br.

BOLETIM DE ANÁLISE DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL. A Conexão Escolaridade- Gênero- Renda. Ano 2, n 3. Ministério da Saúde, Brasília, 1997. Disponível em: www.rhsus.gov.br

CHESNAIS, Francois. **Serviços nova fronteira para a mundialização do capital**, São Paulo: Xaús, 1996, p.185-208.

CLARK, Colin. **The Condition of Progres and Security**. London Mac Millan, 1940

FISCHER, Allan G.B. **The Clash of Progress na Security**. London: Kelley, 1935

FORDE, Errol A. C. The causes and consequences of the growth of employment in services. **Economia e Empresa** v.3 n. 2, p. 31 –41, abr/jun. 1996.

GIRARDI, Sábado Nicolau. **O Perfil do Emprego em Saúde no Brasil**, Brasília, 1986, (mimeo).

GONÇALVES, Ernesto Lino. **Administração de recursos humanos nas Instituições de Saúde**, São Paulo, PROHSA: Pioneira, 1987.

KON, Anita. **A produção terciária**. São Paulo: Nobel, 1992.

KON, Anita. Reestruturação produtiva e terciarização no Brasil, **Nova Economia**, UFMG, v. 7 n. 1, p.149 –179, maio 1997...

KON, Anita Da desindustrialização manufatureira à industrialização dos serviços. **Pesquisa e Debate**, São Paulo, nºespecial, 12, 1997.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing** – análise, planejamento, implementação e controle, 4 ed, São Paulo: Atlas, 1996.

MACHADO, Maria Helena. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil:** estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

MARSHALL, J.N.WOOD, P. **Services and space:** key aspectcs of urban and regional development. Longman Group Limited. England: Harlow, 1995.

MEDICI, André Cezar. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. **Cadernos RH saúde**, v.1, n.3, 1993, p. 41 -46.

MEDICI, André Cezar. **A Força de Trabalho em Saúde no Brasil dos anos 70:** Percalços e Tendências, Rio de Janeiro, ENPS/FIOCRUZ: 1984, (mimeo).

MEDICI, André Cezar. **.Emprego em Saúde na Conjuntura de Crise:** lições para a Reforma Sanitária, Brasília, 1986, (mimeo).

MELO Hildete Pereira de. (coordenadora), **Os serviços no Brasil**, Brasília: IPEA, 1998.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970 – 1983**. Brasília: Organização Pan – Americana de Saúde 1986.

NORMANN, Richard. **Administração de Serviços**- estratégias e liderança na empresa de serviços. São Paulo, Atlas, 1993.

OFFE, Claus. **Capitalismo desorganizado**, 2ºedição, São Paulo: Brasiliense, 1994.

PIOLA, Sérgio Francisco, VIANNA, Solon Magalhães (org.). **Economia da saúde:** conceito e contribuição para a gestão da saúde, Brasília, IPEA, 1995.

PIOLA, Sérgio Francisco e colaboradores. **Políticas de saúde no Brasil:** diagnóstico e perspectivas. Brasília: IPEA, 1996.

SAÚDE: quem são os vilões da história? V. 1, n. 3, **Cadernos Rh saúde,** 1993, (Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde).

SAÚDE movimenta R$ 1,8 bi por ano na Bahia. **Gazeta Mercantil**, Salvador, agosto 2000, p. 1-6, (Caderno Especial Saúde).

SERVIÇOS e serviços: Uma nota curta apoiada em citações longas. **Boletim de Conjuntura IEI – UFRJ**, v. 15, n. 4, p. 63 –66, dez. 1995 (edição especial).

TEBOUL, James. **A Era dos Serviços**. uma nova abordagem de gerenciamento. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.