

O TRABALHO NO SETOR SAÚDE

CLAUDIO SALVADORI DEDECCA

Resumo: O artigo analisa a importância do setor saúde no mercado nacional de trabalho, a partir da geração de empregos em todo o complexo de atividades dinamizado pela política pública. A iniciativa toma como relevante o recorrente constrangimento orçamentário vivido pela política e certas características da organização produtiva e do trabalho do setor. Uma destas características associa-se à elasticidade gasto-emprego potencialmente elevada da política, decorrente da centralidade do trabalho nas ações de atendimento à saúde, que tende limitar aumentos da produtividade no setor.

Palavras-chave: Trabalho. Setor saúde. Recursos humanos.

Abstract: The paper explores the importance of health sector in the national labor market. The approach adopted is not restricted to generation of jobs directly related to the actions of health care. It analyzes the whole complex of activities spurred by politics. The proposition was stimulated by the systematic constraints of budget situation of health public policy. The preoccupation is also related with certain characteristics of the organization of work and productive in the sector. One feature that stands out is the expenditure-employment elasticity potentially increases due to centrality of work in the actions of health care, which tends to limit increases in productivity in the sector. These issues are the prime focus of the paper, while relevant to future debate of health public policy.

Key words: Labor. Health Sector. Human Resources.

Este ensaio objetiva analisar a importância do setor saúde no mercado nacional de trabalho. A perspectiva adotada não se restringe à geração de empregos diretamente associada às ações de atendimento à saúde, referindo-se a todo o complexo de atividades dinamizado pela política, ou em outras palavras, pelo seu gasto global.

A preocupação que moveu a iniciativa deveu-se ao recorrente constrangimento orçamentário vivido pela política, o qual decorre não apenas das imposições da política econômica, mas também de certas características da organização produtiva e do trabalho do setor. Uma característica a ser ressaltada é a elasticidade gasto-emprego potencialmente elevada, derivada da centralidade do trabalho nas ações de atendimento à saúde, que tende a limitar os aumentos da produtividade no setor.

O esforço aqui apresentado não encontra referência anterior nos estudos nacionais. Seu desenvolvimento requereu a elaboração de uma metodologia própria, a qual deve ser considerada em processo de construção.¹ Como toda proposição metodológica, ela apresenta limitações decorrentes tanto de seu estado de desenvolvimento como das restrições impostas pelas fontes de informação.

Assim, esta proposta tem a preocupação de explicitar a importância do tema em análise, apresentar o atual desenvolvimento metodológico adotado e trazer o resultado agregado alcançado até o momento.

Cabe salientar ainda que a preocupação que moveu o estudo volta-se para o desafio de tentar explicitar a importância do trabalho no desenvolvimento da política de saúde, a necessidade de uma estratégia para ele voltada e orientada para a redução da situação de precariedade das relações de trabalho que o caracteriza e, finalmente, para a importância da política em termos de geração de emprego, qualificação e renda no mercado nacional de trabalho.

O ENFOQUE CONSIDERADO DE TRABALHO NO SETOR SAÚDE

Os estudos sobre o trabalho na área da saúde no Brasil têm uma tradição importante e consolidada de análise dos recursos humanos específicos ao setor. A preocupação principal volta-se para os problemas de qualificação, processo de trabalho e remuneração observados nas profissões que caracterizam as atividades nucleares do setor.

Não por acaso, a literatura sobre o tema em questão sempre se reportou a expressões como “recursos humanos em saúde” e “pessoal da saúde”, ora para remeter a análise ao universo microeconômico – sobretudo no que se refere às políticas de gestão nos espaços típicos da prestação do cuidado –, ora para caracterizar o mercado de trabalho que encerra os profissionais ligados ao exercício das atividades-fim. É inegável a importância deste tipo de enfoque para informar e orientar a política de saúde, em especial no segmento de atenção à saúde.²

Este ensaio escapa desta tradição ao adotar um enfoque mais amplo, que procura identificar o conjunto de ocupações que, direta ou indiretamente, são necessárias para a realização das atividades que se constituem em fim principal da política pública de atendimento à saúde da população (DEDECCA et al., 2001).

Nos últimos anos, tanto no Brasil como em outros países, tem crescido a preocupação em conhecer mais amplamente o trabalho necessário para execução da

política de saúde (HILES, 1992; ENGEL, 1999). As razões são muito fáceis de serem identificadas. A crescente complexidade das ações conduzidas pela política tem exigido a implantação de serviços que escapam dos espaços classicamente conhecidos para sua realização, como hospitais, clínicas e postos de saúde. Programas de prevenção realizados por equipes de profissionais com treinamento específico, que difere dos processos educacionais dominantes para formação das profissões tradicionais do setor, vão se tornando cada vez mais relevantes para execução da política. Além disso, o desenvolvimento científico associado a ela tem provocado uma diversificação crescente de atividades industriais e de serviços.³

Muitas vezes, se depara com a indagação sobre o que seria, em face da sua complexidade estrutural, o mercado de trabalho do setor saúde. Surge a noção de um espaço ocupacional vinculado ao setor, que extrapola a dimensão das profissões ou dos recursos humanos específicos. Mesmo considerando-se a necessidade de ampliação do enfoque para além das profissões clássicas do setor, não parece ser justificável a tentativa de se identificar um mercado de trabalho para o setor saúde. É possível buscar conhecer a dimensão ocupacional vinculada à política, no sentido de delimitar os impactos dos gastos públicos e privados exigidos para sua execução sobre a geração de ocupações no mercado de trabalho.

Antes de avançar esta discussão, cabe apresentar a trajetória metodológica que ampara os resultados gerais aqui apresentados, bem como o enfoque analítico proposto.

A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A construção metodológica teve como ponto de partida as informações setoriais e ocupacionais propiciadas pelos levantamentos estatísticos domiciliares, em razão deles terem cobertura para a totalidade do mercado de trabalho. Do ponto de vista setorial, as atividades econômicas foram segmentadas como fundamentais, complementares, de apoio e, isoladamente, a administração pública, conforme a relação mais ou menos direta com os serviços de atenção à saúde. A classificação de setores de atividades tomou como

referência a CNAE-Dom (Classificação Nacional de Atividade Econômica – Domiciliar) (Quadro 1).

As ocupações foram organizadas em três grupos: as nucleares, as afins e as demais, também conforme sua relação, mais ou menos direta, com as atividades de atenção à saúde. A agrupação das ocupações se fez com base na CBO-Dom (Classificação Brasileira de Ocupações – Domiciliar) (Quadro 2).

Como pode ser observado, a análise desagregada das ocupações somente é possível para aquelas nucleares e afins, assim como para os setores a possibilidade se restringe àqueles mais diretamente vinculados à atividade-fim. Entretanto, a metodologia permite a estimativa do total da ocupação associada direta ou indiretamente ao setor saúde, que agrega tanto as atividades de atendimento à saúde como aquelas de produção de medicamentos e equipamentos.

Com relação ao grupo das demais ocupações, é importante explicitar que tanto para a administração pública como para as atividades complementares foi necessário realizar um ajuste nos números totais, com

o objetivo de estimar a ocupação induzida pelo setor saúde nestes grupos de atividade.

No tocante ao cálculo de ajuste das demais ocupações, o critério adotado foi o seguinte:

- para as atividades de administração pública foram estimadas como ocupações induzidas pelo setor saúde as demais ocupações cuja proporção era a mesma que a verificada nos setores fundamentais. Ou seja, a mesma relação demais/(afins+nucleares) encontrada para o grupo de atividades fundamentais foi aplicada sobre o total de ocupações afins e nucleares da administração pública para estimar o volume das demais ocupações neste mesmo setor induzido pelo setor saúde. A diferença entre este volume estimado (corrigido) e o original foi incorporada às demais ocupações pertencentes ao grupo dos demais setores;
- para as atividades complementares foi realizado o mesmo ajuste, com a diferença de que a relação de indução do volume de ocupações foi elaborada a partir da proporção demais/(afins+nucleares) encontrada para as atividades hospitalares.

Quadro 1

Setores da Saúde a Partir dos Códigos da CNAE-Dom

Setores	Códigos CNAE-Dom	Denominações
Atividades Fundamentais	85011	Saúde pública
	85012	Saúde particular
	85013	Outras atividades de saúde
Administração Pública	75011	Administração do Estado e da política econômica e social – federal
	75012	Administração do Estado e da política econômica e social – estadual
	75013	Administração do Estado e da política econômica e social – municipal
Atividades Complementares	75020	Seguridade social
	80011	Educação regular, supletiva e especial pública
	80012	Educação regular, supletiva e especial privada
Atividades de Apoio	24020	Fabricação de produtos farmacêuticos
	33001	Fabricação de aparelhos e equipamentos médico-hospitalares
	53063	Comércio de produtos farmacêuticos, médicos, ortopédicos, odontológicos e de cosméticos e perfumaria
	66000	Seguros e previdência privada
	67020	Atividades auxiliares dos seguros e da previdência privada
	71030	Aluguel de objetos pessoais e domésticos
Demais	85030	Serviços sociais
		Demais Atividades Econômicas

Quadro 2

Ocupações do Setor Saúde a Partir dos Códigos da CBO-Dom

Nível	Código CBO-Dom (Censo 2000)	Descrição
Núcleo	2231	Médicos
	2232	Cirurgiões-dentistas
	2235	Enfermeiros (nível superior)
	3222	Auxiliares de enfermagem (nível técnico)
	5151, 5152	Auxiliares de enfermagem prática (não-diplomados) e auxiliares de laboratório
	2515	Psicólogos
	2236	Terapeutas (fisioterapeutas e fonoaudiólogos) e trabalhos assemelhados de nível superior
	3225, 3224, 3221	Acupunturistas, técnicos em ortopedia, fisioterapia, próteses e assemelhados
Afins	2211, 2234	Biologistas, bacteriologistas e trabalhos assemelhados farmacêuticos e farmacologistas
	2237	Nutricionistas e trabalhos assemelhados
	2516	Assistentes sociais e economistas domésticos
	3223	Ortopedistas e ópticos
	3241	Operadores de equipamentos médicos e odontológicos
Demais		Demais ocupações

Por fim, conforme pode ser visualizado na Figura 1, cabe assinalar que o estudo teve como objetivo mensurar a geração de ocupação e renda no setor de saúde a partir de dois níveis: setor saúde nuclear; e setor saúde expandido.

O nível classificado como nuclear é composto pelas atividades econômicas e ocupações mais direta e tradicionalmente identificadas com o setor de saúde. Já o segundo nível sintetiza o esforço de mensurar as atividades e as ocupações derivadas dos serviços de atenção à saúde. A consolidação do esforço metodológico realizado é encontrada na matriz-síntese de composição do setor saúde (Figura 1).

SOBRE UM POSSÍVEL MERCADO DE TRABALHO DO SETOR SAÚDE

Em economia, a noção de mercado de trabalho associa-se às relações estabelecidas entre indivíduos ou empresas na compra de força de trabalho. Esta relação pode ser expressa explícita ou implicitamente através de um contrato de trabalho e/ou da prestação de serviço, que deve conter regras e normas de

proteção às partes envolvidas quanto aos resultados esperados do trabalho a ser realizado ou das características do serviço a ser prestado.

Na visão da economia clássica, estes contratos realizar-se-iam sem a interveniência de instituições externas às partes envolvidas, às quais estaria assegurada a autonomia no estabelecimento das normas e regras que os caracterizariam.



Desde meados do século XIX, estas condições de organização dos contratos de trabalho foram rompidas pelo processo de desenvolvimento capitalista. O crescimento das unidades produtivas, a necessidade das empresas e dos trabalhadores de estabelecerem contratos de trabalho de dimensão coletiva, a presença da esfera pública na regulação da jornada de trabalho, da remuneração mínima e do trabalho das mulheres e crianças foram rompendo a autonomia das partes quanto ao estabelecimento dos contratos de trabalho ou de prestação de serviços, observando-se uma crescente institucionalização das regras e normas que os ordena.

Ademais, o desenvolvimento capitalista traduziu-se no aparecimento de novas atividades e, por decor-

Figura 1

Matriz-Síntese da Composição do Setor Saúde

Setores	Ocupações		
	Núcleo	Afins	Demais Ocupações (Corrigidas)
Fundamentais			
Administração Pública			
Complementares			
Apoio			
Demais Setores			

	Setor Saúde – Núcleo
	Setor Saúde – Total

Fonte: Elaboração própria.

rência, de novas ocupações, que, em parte, não se caracterizavam por relações mercantis. Enquadram-se, nesta situação, as diversas políticas sociais, como a de atendimento à saúde (MARSHALL, 1965).

Crescente segmentação passou a caracterizar as estruturas ocupacionais, tornando mais complexa a noção de mercado de trabalho. As diversas formas de regulação, oriundas do Estado ou das instituições de representação de interesse das partes envolvidas na contratação de trabalho, foram consolidando a segmentação do mercado de trabalho, fazendo com que uma parte muito limitada dos contratos passasse a ser realizada com baixa presença das instituições existentes, enquanto parte predominante passou a ser exposta a uma situação de interveniência intensiva das mesmas (DEDECCA, 1999).

O trabalho na área da saúde expressa um segmento relevante dessa estrutura complexa do mercado de trabalho, sendo caracterizado por uma diversidade ponderável de ocupações, que compreendem tanto aquelas associadas a profissões específicas à política, como as que pertencem ao mercado geral de trabalho, ou seja, caracterizadas por qualificações não associadas a setores ou segmentos específicos da estrutura produtiva. Assim, é possível se pensar em ocupações próprias da política de saúde, que serão aqui denomi-

nadas de nucleares, como de ocupações encontradas no mercado de trabalho em geral.

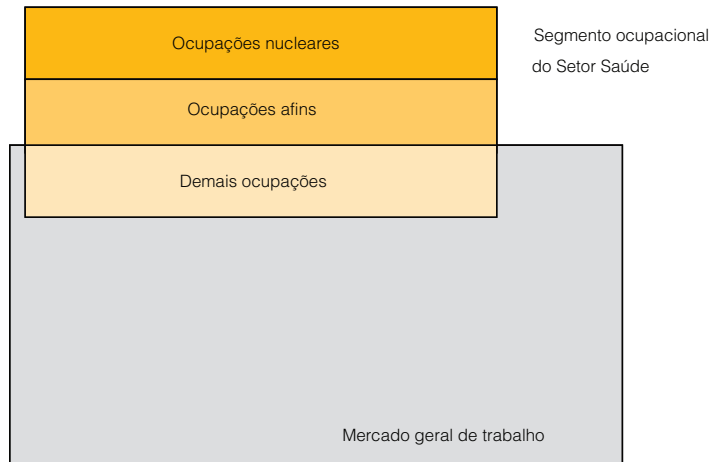
Para as ocupações nucleares, existe uma regulação extensa do trabalho. Nas pesquisas sobre recursos humanos são focadas estas ocupações. Porém, outro conjunto representativo de ocupações do setor é objeto de alguma outra forma de regulação específica ou apenas coberta pela forma estabelecida pela regulação pública mais geral. Estas últimas podem ser supridas pelo mercado geral de trabalho, sem maiores restrições ao processo de contratação. Em contrapartida, as ocupações nucleares dependem da disponibilidade de trabalho existente para o segmento ocupacional específico.

Na Figura 2, encontra-se esboçada a segmentação do trabalho no setor saúde. Parte das ocupações pertence ao mercado geral de trabalho, enquanto outra parte não se encontra a ele incorporada.

As ocupações nucleares de medicina e enfermagem são objetos de regulamentação pública específica. Na experiência brasileira, tanto o Ministério da Saúde como os Conselhos Profissionais ordenam o exercício das profissões associadas às ocupações nucleares. São exemplos disso a Lei n. 8.080/90 e a NOB/RH-SUS de 2002. A experiência internacional tem mostrado crescente regulação pública destas ocupações.

Figura 2

Segmento Ocupacional do Setor Saúde e Mercado Geral de Trabalho



Já as ocupações afins são ordenadas por regulamentação pública específica própria ou não do setor saúde, tais como as ocupações de biólogo, assistente social e técnico de laboratório.

Em relação às demais ocupações, não há qualquer regulamentação específica, sendo, em sua maioria, vinculadas a treinamento no próprio trabalho, sem maiores requerimentos específicos propiciados pelo sistema educacional. São os casos, por exemplo, dos motoristas, maqueiros, limpeza e alimentação.

O enfoque na estrutura ocupacional amplia o debate sobre o trabalho no setor saúde, ao incorporar ocupações que escapam da perspectiva inscrita na discussão sobre recursos humanos. É fundamental adotar uma perspectiva que considera que as diversas ocupações são imprescindíveis para o bom desempenho da política de atendimento à saúde, independentemente da posição de cada ocupação em relação ao objetivo fim da política. Contudo, é fundamental reconhecer que a estrutura ocupacional do setor saúde se organiza a partir daquele segmento chamado nuclear.

Ademais, um expressivo conjunto de ocupações pertencentes a outros segmentos do mercado de tra-

balho encontra-se associado às características da política de saúde, devendo ser consideradas parte do setor. Este conjunto abarca tanto as ocupações da indústria farmacêutica quanto os ramos de outras indústrias, como a produção de equipamentos de diagnose ou instrumentação cirúrgica, que são parte das indústrias de material elétrico-eletrônico e da metalurgia.

Contudo, é preciso ressaltar que são as ocupações nucleares que sustentam a qualidade do serviço prestado, bem como organizam a estrutura ocupacional do setor em geral. Porém, o bom desempenho dos profissionais inseridos nestas ocupações depende, muitas vezes, de que ao menos parte daquelas consideradas afins provenha condições adequadas para o seu exercício.

No âmbito mais restrito da atividade de atenção à saúde, deve-se considerar que o atendimento de urgência dos hospitais fica comprometido se o serviço de resgate não é realizado adequadamente. Complicações com os pacientes ocorrem se o serviço de alimentação nos hospitais não é de qualidade adequada.

Nesse sentido, parece ser totalmente justificável a perspectiva de se explorar a estrutura ocupacional

de todo o setor. Do ponto de vista do orçamento da política de saúde, esta conduta também é mais adequada, afinal, os gastos do setor geram atividades e ocupações que extrapolam o processo de trabalho estrito à atividade-fim. Participam desse rol a indústria farmacêutica, segmentos da indústria metalúrgica e de plástico, dos serviços de limpeza, distribuição e comércio de produtos hospitalares e farmacêuticos.

A adoção desta perspectiva não implica desconsiderar as especificidades das ocupações que compõem o núcleo da estrutura ocupacional do setor saúde, que não são passíveis de análise mais detalhada devido às limitações metodológicas das bases de informação. No entanto, cabe avaliar, dentro das possibilidades criadas pelas diversas fontes de informação, a extensão ocupacional do setor, procurando identificar seus segmentos básicos, pois não há dúvida de que as políticas de recursos humanos existentes ou propostas para o setor devem considerar a segmentação existente.

Dessa forma, é vantajoso ampliar o enfoque analítico sobre trabalho em saúde buscando identificar seus segmentos e suas relações com o mercado de trabalho, em vez de restringir a preocupação com a definição de mercado de trabalho próprio ao setor. Com efeito, a complexidade da estrutura ocupacional do setor é caracterizada tanto por um segmento que conforma um mercado interno de trabalho, fortemente regulado pela esfera pública, como por outro que tem completa aderência ao mercado geral de trabalho.

As ocupações nucleares são objetos de uma regulamentação pública restrita quanto ao seu exercício. Tanto as ocupações de medicina quanto as de enfermagem requerem formação educacional prévia regulada pelo governo e pelos Conselhos Profissionais. São postos de trabalho que não podem ser ocupados por pessoas com conhecimento adquirido no próprio exercício do trabalho. A experiência na profissão é um complemento à formação educacional, sendo necessária, muitas vezes, a realização de cursos de atualização, em geral desenvolvidos sob a égide da regulação pública existente.

Os postos nucleares de trabalho podem ser disputados, portanto, somente pelas pessoas que possuem

as credenciais e habilitações profissionais designadas pela regulação pública, criando uma fronteira muito clara em relação ao mercado geral de trabalho. É esta a razão que caracteriza tal ramo ocupacional enquanto um segmento interno de trabalho do setor saúde e que justifica o enfoque adotado nos ensaios sobre os recursos humanos que lhe são específicos.

As condições sob as quais se organiza este segmento ocupacional refletem-se em uma menor rotatividade nos postos de trabalho, fazendo com que estes trabalhadores tendam a ter uma trajetória ocupacional na profissão.

Sob outras condições se organiza o segmento das demais ocupações, podendo ser considerado completamente inserido no mercado geral de trabalho. Os motivos que explicam esta incorporação relacionam-se às baixas exigências formais no processo de contratação para estes postos de trabalho. Os requerimentos de uma formação educacional prévia são nulos ou gerais, isto é, dependem, no máximo, das formações propiciadas pelos ensinos fundamental, médio ou, mesmo, superior. Em certas situações, é demandado algum tipo de treinamento, aberto à maioria das pessoas que participam do mercado de trabalho, como, por exemplo, o motorista de ambulância, ou o segurança de hospital, ou o administrador. Nessas ocupações não há características que as vinculem especificamente ao setor, estando associadas ao mercado geral de trabalho ou a um segmento específico não próprio do setor saúde.

Ao contrário das nucleares, as demais ocupações não são exercidas por pessoas que mantenham trajetória ocupacional própria ao setor. Nesse segmento, observa-se maior rotatividade nos postos de trabalho, havendo inclusive maior trânsito intersetorial.

As ocupações afins possuem aspectos que não lhes permitem pertencer a nenhum dos segmentos polares retratados aqui, demandando formação educacional geral complementada por habilitação específica. São exemplos os técnicos ou profissionais de nível superior que operam equipamentos, os quais são obrigados a obter especialização compatível e obrigatória seguida de algum treinamento para realização da atividade. Porém, é menor a regulação pública ou profissional que recai sobre estas ocupações, poden-

do as mesmas ser providas por uma disponibilidade mais ampla de pessoas, que, em muitas vezes, têm possibilidade de serem rapidamente qualificadas por meio de um treinamento de curta duração.

A caracterização desta segmentação básica da estrutura ocupacional do setor saúde, que certamente encontra-se minimizada neste artigo, sinaliza claramente a dificuldade de se pensar um mercado de trabalho próprio ao setor. Talvez a melhor opção seja considerar a estrutura ocupacional do setor saúde enquanto determinante de um espaço ocupacional constituído por segmentos com maior ou menor articulação com o mercado geral de trabalho, entendendo que para cada um deles são estabelecidas condições

distintas na conformação da demanda e disponibilidade de trabalho.

Segundo esta perspectiva analítica-metodológica, a dimensão ocupacional do setor saúde correspondia a quase 4 milhões de ocupações em 2006 (Tabela 1). Entre 1991 e 2006, a participação do setor no mercado nacional de trabalho aumentou de 3,9% para 4,4% (Tabela 2).

A CONDIÇÃO PARTICULAR DO ESPAÇO OCUPACIONAL DO SETOR SAÚDE

A segmentação ocupacional encontrada no setor saúde não pode ser dissociada da organização do seu processo de trabalho estruturado a partir da atividade fundamental. Tanto a política de saúde como a de educação têm no ser humano o seu objetivo fim. A política de saúde tem o propósito de melhorar as condições de vida das pessoas, procurando reduzir o risco às doenças e, desse modo, elevar a expectativa de vida e diminuir o sofrimento por elas causado. A política educacional visa inserir as pessoas em uma sociedade baseada em um sistema cada vez mais complexo de signos escritos e falados produzidos pelo conhecimento abstrato.

O funcionamento inadequado dessas políticas tem consequências muitas vezes irreversíveis para as pessoas. É praticamente impossível reparar o dano causado às pessoas por um processo educacional fundamental de qualidade ruim. Muitas vezes, situação semelhante é observada quando um encaminhamento médico é realizado inadequadamente. Ademais, a política de saúde também atua de modo

Tabela 1

Ocupação Total do Setor Saúde
Brasil – 2006

Setores	Ocupações		
	Nucleares	Afins	Demais Ocupações
Fundamentais	1.469.626	17.572	1.096.874
Administração pública	389.064	69.303	338.066
Complementares	30.651	28.278	43.463
Apoio	133.694	211.220	
Demais setores	147.763		
Setor Saúde – Núcleo	2.004.494		
Setor Saúde – Total	3.975.574		

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.

Tabela 2

População Ocupada no Setor Saúde, Total e
População Economicamente Ativa e Participação
Brasil – 1991-2006

Anos	População Ocupada		PEA (C)	A / B (%)	A / C (%)
	Setor Saúde (A)	Total (B)			
1991	2.287.645	55.293.313	58.296.626	4,1	3,9
2000	2.735.889	65.629.892	77.328.502	4,2	3,5
2002	3.429.214	74.852.408	83.048.340	4,6	4,1
2004	3.632.941	78.692.862	87.164.268	4,6	4,2
2006	3.975.574	82.751.242	91.158.419	4,8	4,4

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

preventivo e, em diversas situações, coletivo. Isto é, certas ações, portanto gastos, são realizadas independentemente da manifestação da doença, pois os custos monetários e não-monetários da sua ocorrência mais que justificam a ação preventiva.

Uma particularidade adicional marca ambas as políticas. De modo diferente ao observado na maioria dos setores de atividade, nos quais o trabalho aparece como controlador ou gestor dos equipamentos, observa-se que, na saúde e na educação, os equipamentos complementam ou apóiam o trabalho.

Mesmo com os avanços tecnológicos recentes, o trabalho continua tendo centralidade na organização e execução do processo da atividade de atendimento à saúde. Esta situação é observada tanto nos procedimentos mais complexos como nos mais simples. Uma equipe de resgate não pode dar atendimento adequado a um motoqueiro acidentado se seus membros não tiverem conhecimento específico para realização daquele primeiro socorro. O mesmo ocorre com os profissionais do Programa Saúde da Família, que não poderão dar as orientações sanitárias às famílias se não tiverem tido a capacitação necessária em termos de informações e procedimentos.

A centralidade do trabalho na organização da atividade de atendimento à saúde se reitera no próprio processo de trabalho específico ao setor. Ademais, como a realização da atividade é marcada por riscos irreversíveis, é preciso que se adotem procedimentos prévios que reduzam a possibilidade de sua ocorrência.

Analisemos esta questão por meio de um exemplo: o atendimento oftalmológico inadequado de duas pessoas com problemas diferentes. A primeira delas vai ao médico porque está com dificuldades para enxergar e recebe a receita de óculos com grau incorreto. Ela pode voltar ao médico e o erro ser corrigido ou pode procurar outro profissional, acreditando ser mais seguro. As conseqüências produzidas pelo erro médico podem ser, com um ônus relativamente baixo, facilmente corrigidas. Já o outro paciente vai ao médico porque não está enxergando direito e recebe o diagnóstico de catarata em estado avançado. A realização da intervenção cirúrgica não obtém êxito, causando a perda da visão. Para essa pessoa, a volta

ao médico ou a busca de outro profissional não lhe permitirá reverter o resultado desfavorável. Ademais, razoável controvérsia se estabelecerá sobre o insucesso da operação.

Mas analisemos ainda uma terceira situação: a da pessoa hemofílica que é contaminada pelo vírus do HIV em uma transfusão sanguínea. O resultado não somente é irreversível, como coloca em risco a própria vida do paciente.

Estes exemplos explicitam uma dimensão relevante da atividade de atendimento à saúde: a irreversibilidade de procedimentos realizados de modo não adequado. Ademais, evidenciam a centralidade do trabalho, pois a dúvida sobre a causa do erro incorrido recairá sobre a adoção dos procedimentos adequados pelos profissionais responsáveis pela realização do atendimento.

É inquestionável a impossibilidade de serem eliminados totalmente esses e outros riscos inerentes à prestação do serviço de atendimento à saúde. Contudo, é inegável que é possível buscar reduzir sua probabilidade, regulando as diversas funções voltadas para a atividade-fim por meio do estabelecimento das profissões e da regulamentação de procedimentos. Essa não é uma característica exclusiva do setor saúde. Outros segmentos de atividade são objetos de regulamentação com o objetivo de se reduzir a emergência do risco. Por exemplo, os setores de educação e transporte aéreo.

A regulamentação decorre do fato de o processo produtivo não ter na organização técnica sua referência para a garantia da qualidade. É o processo de trabalho que estabelece esta referência. Portanto, é preciso regular as funções e procedimentos no setor, regulamentando profissões ou mesmo ocupações.

A extensão da regulamentação depende da centralidade das profissões ou ocupações no processo de trabalho do setor. Nas ocupações nucleares, a regulamentação se faz sobre as condições para o exercício da profissão e sobre os procedimentos decorrentes das funções de uma ocupação. Nas ocupações afins, a profissão tende a ser um requisito formal e a regulamentação recai sobre os procedimentos da ocupação, enquanto nas demais ocupações a regulamentação se faz sobre os procedimentos da ocupação,

os quais são estabelecidos por meio de treinamento específico.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO, EFICIÊNCIA E CUSTO

Cabe apontar uma particularidade importante quanto às condições de organização da atividade no setor saúde: em seu segmento nuclear, existe uma substantiva dificuldade de se relacionar a eficiência do trabalho aos custos incorridos. Em geral, os custos incorridos na prestação do serviço não podem servir para balizar a tomada de decisões. A necessidade de minimizar riscos tende a ser incompatível com a obtenção de custos que possam maximizar o uso dos equipamentos e do pessoal envolvido.

Muitas vezes, faz-se necessário adotar certos procedimentos que, na maioria dos casos, não serão necessariamente utilizados. Por exemplo, é preciso manter um radiologista em plantão, mesmo que seus serviços sejam demandados por poucas horas ao longo do dia em um fim de semana. O mesmo ocorre com os equipamentos que precisam estar disponíveis mesmo que o uso seja inferior à sua capacidade.

A antecipação ao risco leva o sistema a conviver obrigatoriamente com um razoável grau de ociosidade de seus recursos técnicos e humanos, sem que sua gestão tenha condições de reorganizar o processo de trabalho com vistas à sua redução. O risco e, também, a não previsibilidade do serviço de atendimento exigem a disponibilidade de recursos que se mantêm sistemática e parcialmente ociosos.

Se, nos setores complementares, como a indústria farmacêutica, é possível adotar métodos claros de gestão de custos e estratégias de redução do grau de ociosidade dos equipamentos e do trabalho, na atividade nuclear pode-se, no máximo, recorrer a eles parcialmente.

A ociosidade é especialmente relevante nos recursos humanos específicos, em face da sua centralidade no processo de trabalho do setor. Isso, claramente, provoca um aumento dos custos das atividades realizadas pelo setor, além de afetar o exercício da profissão. Não é possível manter, para parte ponderável dos ocupados do setor, uma jornada padrão de tra-

balho diurna e de cinco dias por semana, ou estabelecer uma jornada de trabalho semanal de 44 horas. A regulamentação atinge tanto as funções de uma profissão ou ocupação, quanto o regime em que estas se realizam.

Os efeitos causados pela regulamentação sobre os custos do setor são, portanto, ponderáveis e, na sua maioria, não passíveis de ajustamento pelo sistema de gestão. É possível atuar sobre os custos através do formato da estrutura do sistema de saúde. As ações preventivas podem reduzir os custos ao permitirem uma menor demanda por serviços que devem ser realizados obrigatoriamente em hospitais. Porém, se os atendimentos pelas equipes do Programa de Saúde da Família ou em postos de saúde podem, por um lado, reduzir os custos do sistema por atenuarem a demanda por serviços mais complexos, por outro, reforçam a presença do trabalho na execução da atividade do setor.

O constrangimento mencionado é maior para o segmento nuclear pertencente ao setor público, seja por este responder particularmente mais pelos serviços de maior complexidade, seja por organizar a rede básica de atendimento. Já o setor privado pode ter um maior controle dos custos e da ociosidade, em razão da sua maior especialização em atendimentos programados, em hospitais, clínicas ou laboratórios.

A ampliação dos serviços de atendimento à saúde, em razão dos motivos anteriormente apontados, tende a gerar um incremento ponderável do número de ocupados no setor. Ao contrário do argumento muitas vezes esgrimido pelo pensamento conservador e difundido pela imprensa, a tendência de crescimento da ocupação no setor tende a ser inevitável, decorrendo não decorre de uma decisão administrativa, mas sim das características da atividade setorial que têm no trabalho a centralidade de sua organização. É provável que o aumento das ações na atividade-fim deslanche a demanda para todo o setor, induzindo inclusive o aumento geral do nível de ocupação.

Por outro lado, a qualidade da política e seus efeitos sobre o bem-estar da população favorecem a elevação da expectativa de vida, ampliando o período de

demanda e gerando novas necessidades de serviços de atenção à saúde. Pressiona-se, deste modo, a política em favor de novas ações, reforçando a tendência natural de elevação do nível de ocupação.

Pode-ser dizer ser quase indissociável a ampliação da política de atendimento à saúde e a geração de novos postos de trabalho, independentemente de suas características organizacionais.

O SETOR SAÚDE E A GERAÇÃO DE EMPREGOS

Os argumentos apresentados anteriormente remetem para a análise da geração de oportunidades de trabalho pela política de atendimento à saúde. Como sugerido, são estreitas as possibilidades de ampliação dos serviços sem um correspondente incremento do nível de ocupação. A centralidade do trabalho na atividade torna lento o aumento da produtividade na atividade-fim, isto é, no segmento de atenção à saúde.⁴ É limitada a poupança relativa de trabalho. Ademais, as ocupações criadas no setor apresentam perfis de qualificação e remuneração mais elevados do que as médias observadas para o conjunto do mercado de trabalho.⁵

Em termos econômicos, considera-se que o setor saúde apresenta alta elasticidade de emprego. No biênio 2001-2002, a elasticidade gasto-emprego,⁶ considerando-se somente a ocupação do núcleo, foi estimada em 1,9, isto é, para cada ponto porcentual de aumento do gasto, a estimativa era de 1,9 ponto porcentual de incremento da ocupação.

Pode-se dizer que a natureza da sua organização não lhe permite estabelecer uma relação entre crescimento das ações de saúde e poupança de trabalho, como se observa em setores produtivos como o industrial, em que a elasticidade tende ser menor que 1.

Esta situação pode ser encontrada em certos segmentos complementares, estruturados segundo formas de organização da atividade com elevada capacidade de poupança de trabalho. É o caso da produção de fármacos em larga escala, em que prepondera um processo produtivo altamente automatizado e sem a interveniência direta do trabalho. Recentemente, esta situação tem sido observada na realização dos exames

de sangue, em razão da introdução de equipamentos automatizados que permitem tratar concomitantemente um número grande de amostras.

Porém, esta realidade não se reproduz nas ações de saúde, independentemente do tipo de unidade de atendimento. Nos hospitais, nos postos de saúde, nas clínicas, no atendimento preventivo e mesmo nos laboratórios, é elevada a demanda de trabalho na execução da atividade-fim.

É possível poupar equipamentos ao se investir nas ações de medicina preventiva. Porém, esta diretriz não permitirá poupança de trabalho. Ao contrário, ela tende a gerar maior volume de postos de trabalho.

Não se pode, portanto, esperar que o desenvolvimento da política da saúde não carregue consigo uma elevada elasticidade de emprego. É inevitável que isto aconteça, não podendo ser caracterizada, como indevidamente fazem certos setores da sociedade, como empreguismo. É limitada a distorção que porventura haja na contratação de trabalho no setor.

Os efeitos de geração de empregos induzidos pelo gasto da política de saúde espalham-se em todos os segmentos de sua estrutura ocupacional. O impacto de geração em cada um dos segmentos depende do desenho da política. O atendimento preventivo tende a criar, por exemplo, um volume relativamente mais alto de ocupações paramédicas.

É por esse motivo que o presente artigo encontra-se focado na estrutura ocupacional do setor, em vez de se centrar nos recursos humanos que lhe são específicos, mesmo que a possibilidade, neste momento, de se analisarem os segmentos de atividade complementares seja mais reduzida. O desenvolvimento da política tende a gerar volume ponderável de novos postos de trabalho em todos os segmentos, devendo a criação mais intensa em um deles decorrer da organização da política de saúde.

Desse modo, torna-se explícita uma dimensão do setor saúde ainda pouco explorada: sua ponderável capacidade de criação de novos postos de trabalho. Enquanto a modernização tecnológica tem impactos importantes para a diminuição da demanda de trabalho nos setores industriais ou bancário-financeiro, reduzindo sua importância para a sustentação do nível geral de ocupação do mercado de trabalho, nota-se

que no setor saúde essa mesma trajetória não é estabelecida.

Em suma, são inevitáveis o crescimento lento da produtividade setorial e a conseqüente tendência de elevação recorrente de seu nível de ocupação.⁷ Como observado nos países desenvolvidos, os setores de saúde e educação, desde o final da Segunda Guerra, vêm ganhando importância nas estruturas nacionais de ocupação.

GERAÇÃO DE EMPREGOS E QUALIFICAÇÃO

Um perfil mais favorável de qualificação é uma característica importante das ocupações do setor saúde. Esta marca em sua estrutura ocupacional atinge seus diversos segmentos, com maior ou menor intensidade. Tomando-se a escolaridade como *proxy* de nível de qualificação, constata-se que quase 80% das ocupações nucleares requeriam ensino médio completo ou superior completo em 2006.

Por estarem na atividade-fim, as ocupações nucleares tendem a ser aquelas de maior qualificação, situação imposta pela regulamentação pública existente. Tanto as ocupações de medicina como de enfermagem exigem processos de educação formal de natureza geral e especializada para seu exercício. A formação superior básica mais o período de residência são obrigatórios para o exercício da profissão de médico. Exigências são também impostas para exercer as diversas ocupações de enfermagem.

Mesmo que de maneira diferente e menos intensa, a regulamentação das ocupações do setor saúde tende a gerar efeitos sobre os demais segmentos, acarretando a exigência de níveis mínimos de escolaridade e formação ou treinamento específico para a realização de uma determinada função.

Na experiência brasileira, observa-se uma tendência de se exigir o nível educacional médio como requisito mínimo para exercer uma ocupação no setor, mesmo no segmento das demais ocupações. Essa situação contrasta com aquela prevalente no mercado nacional de trabalho, em que ainda preponderam ocupações com nível de escolaridade com, no máximo, o fundamental completo.

A política de saúde tem papel importante na geração de novos postos de trabalho, bem como na mudança do perfil de qualificação do mercado nacional de trabalho. É fundamental que a política de saúde tenha claro também este seu papel, pois sua qualidade depende de um volume adequado de trabalhadores no setor e com perfil de qualificação compatível com o padrão de qualidade esperado de suas ações.

Portanto, o problema da qualificação para o setor não constitui uma questão secundária, pois dela depende a qualidade de seus serviços prestados. Ademais, o enfoque sobre a ocupação setorial deve extrapolar o segmento ocupacional específico ao setor, necessitando voltar-se para a estrutura ocupacional em geral.

Esta perspectiva mais abrangente deve cumprir uma função positiva nas estratégias que a política possa adotar, tanto no campo da regulamentação das ocupações pertencentes aos diversos segmentos, como naquele relativo às formações educacional e profissional necessárias à melhoria das ações empreendidas. Neste sentido, merece menção o serviço de resgate, composto por pessoal paramédico. Ganhos no atendimento médico podem ser obtidos se o resgate for devidamente realizado. Para tanto, é necessário que o pessoal envolvido tenha a qualificação adequada com atualização periódica de seus conhecimentos.

Em suma, o enfoque fundado na estrutura ocupacional induz a ampliação da abordagem sobre a qualificação da mão-de-obra do setor saúde. É necessário ter estratégia de qualificação considerando toda a estrutura. Esta perspectiva tende a ser reforçada na medida em que as novas ações se realizam fora das unidades clássicas de atendimento à saúde, como ocorre no Programa Saúde da Família.⁸ Neste contexto, o problema de qualificação da estrutura ocupacional torna-se mais complexo.

ESTRUTURA OCUPACIONAL, QUALIFICAÇÃO E REMUNERAÇÃO

O quadro analítico desenvolvido até o momento realça aspectos positivos do setor saúde em termos de ocupação e qualificação. Ele tem no trabalho o fundamento da organização da sua atividade e neces-

cidade de elevação sistêmica do nível de qualificação da mão-de-obra.

Mesmo considerando-se a limitada dinâmica da produtividade associada ao processo de trabalho no setor, são altamente favoráveis as condições que caracterizam sua demanda de trabalho. Cabe ressaltar ainda que tais condições se traduzem diretamente em bem-estar para a população, melhorando suas condições de vida.

Não se está pretendendo argumentar em favor de uma perspectiva que desconsidere a importância de se procurar elevar a produtividade do setor. Ganhos neste campo permitiriam ampliar o atendimento realizado pela política da saúde, estimulando, desse modo, a tendência de melhora das condições de vida da população. Entretanto, não se pode desconsiderar que o trabalho, por ser o centro da atividade do atendimento à saúde, requer atenção especial e que ganhos de produtividade são, por consequência, bastante mais limitados, além de que uma elasticidade elevada do nível de ocupação associada ao gasto é uma particularidade que não pode ser desprezada na gestão da política. Caso contrário, deverá se estabelecer alguma insuficiência em termos de volume de pessoal ocupado, de qualificação ou de remuneração.

Ter presente esta característica do setor torna-se ainda mais importante se considerada a crescente participação do financiamento público da política, complementado pelo privado oriundo dos planos de saúde. O aumento do custo do sistema diante da restrição de recursos exerce pressão para controle dos gastos com pessoal, em especial quando não se pode conter novas contratações devido aos motivos arrolados anteriormente.

As dificuldades em se estabelecer uma trajetória de crescimento sustentado de longo prazo em nossa economia, bem como naquelas desenvolvidas, tem condicionado o aumento do excedente econômico-social, impedindo uma elevação do orçamento do sistema de saúde compatível com aquela observada na demanda por seus bens e serviços. Fica estabelecida uma clara tensão entre as trajetórias do orçamento disponível e do custo do sistema.

Nesse quadro de restrição orçamentária, é grande a possibilidade de se estabelecer um movimento de

deterioração dos níveis de remuneração e de baixo investimento em qualificação (PIERANTONI et al., 2006).

Mesmo considerando-se as restrições existentes, é inquestionável que, na situação brasileira, as ocupações do setor saúde tendem a ter um padrão de remuneração e qualificação superior à média de nosso mercado de trabalho não-agrícola. Nesse sentido, o gasto do setor saúde tem um triplo impacto positivo sobre o mercado de trabalho: na contribuição da geração de novas oportunidades de trabalho, sobre o nível médio de qualificação e sobre a remuneração média.

Em condições de maior dinamismo da economia, que garanta um aumento mais expressivo do excedente social, deverá ser ainda mais importante o papel que o setor saúde poderá cumprir na sustentação do mercado nacional de trabalho. Este movimento poderá favorecer, inclusive, a remuneração e a qualificação nos diversos segmentos ocupacionais do setor saúde.

A RECORRÊNCIA DO TRABALHO ASSALARIADO

Os argumentos anteriormente apresentados sinalizam a importância do setor saúde para o mercado nacional de trabalho. Pode-se dizer, ademais, que ele cumpre um papel relevante para a sustentação da dimensão do emprego assalariado e do grau de formalização dos contratos de trabalho na ocupação total. Em 2006, o assalariamento formal representava 76% do total da ocupação pertencente ao setor.

Alguns estudos sobre o setor saúde, nos anos 1970 e 1980, apontavam para o crescente assalariamento das ocupações nucleares dessa área. A razão de tal movimento era bastante simples: a tendência crescente de instituições públicas ou privadas na prestação de serviços, em substituição ao atendimento prestado por um profissional autônomo (MÉDICI et al., 1991).

As transformações observadas na estrutura ocupacional do setor reproduziam tendências observadas nos países desenvolvidos nas décadas de 1950 e 1960, que expressavam, em grande medida, a ampliação dos serviços de atendimento à saúde estabelecida a par-

tir da política pública de progressiva universalização desta proteção social. Na experiência brasileira, esta tendência foi consolidada pela Constituição Federal de 1988, que passou a garantir a todos os brasileiros o acesso gratuito aos serviços de atendimento à saúde.

O desenvolvimento da política pública de saúde continua acompanhado pela recorrência do trabalho assalariado, assumindo uma situação e uma trajetória mais acentuadas do que aquelas observadas para o conjunto do mercado de trabalho.

A sustentação do assalariamento nos diversos segmentos ocupacionais do setor decorre da prevalência da dimensão institucional da política, resultante das diversas formas de regulação a ela associadas. Esta característica da estrutura ocupacional do setor saúde se traduz em maior formalização dos contratos de trabalho, assalariados ou não-assalariados.

A presença decisiva da esfera governamental na realização ou financiamento dos serviços prestados e o crescimento da participação dos planos de saúde no segmento privado produzem uma maior formalização das diversas formas de contrato encontradas no setor. Ademais, a grande empresa domina os setores complementares, sendo que o trabalho assalariado predomina sua demanda de força de trabalho.

Neste sentido, a política de saúde pode contribuir para a estruturação do mercado nacional de trabalho, ao responder por uma parcela importante da ocupação e por manter a predominância dos contratos formais de trabalho.

A PRECARIIDADE OCUPACIONAL NA FORMALIDADE DOS CONTRATOS DE TRABALHO

A recorrência da formalização dos contratos de trabalho no setor não deve ser associada a relações de trabalho de qualidade. De forma crescente, observam-se, ao menos, dois processos que revelam crescente precariedade: a emergência de contratos de trabalho legais com baixa proteção social, como as cooperativas de trabalho; e a elevada flexibilidade do trabalho expressa pela existência de diversos vínculos empregatícios por ocupado (OLIVEIRA SILVA, 2005; PIERANTONI et al., 2006).

A formação e consolidação do mercado nacional de trabalho foram marcadas pela recorrência de governos autoritários, que coibiram sistematicamente o desenvolvimento das negociações coletivas e da organização sindical. Desrespeito a direitos básicos relativos ao exercício cotidiano do trabalho era e é uma regra em nosso mercado de trabalho. Desse modo, nosso desenvolvimento econômico esteve associado sistematicamente a relações precárias de trabalho, que permitiram elevada rotatividade, autoritarismo das empresas e desrespeito à condição humana.

O processo de democratização dos anos 1980 permitiu atenuar o quadro desfavorável das relações de trabalho, apesar da crise econômica e do desemprego observado no período. A Constituição Federal de 1988 criou expectativas de mudanças nas relações de trabalho em favor de uma menor precariedade.

Contudo, o vendaval conservador em um ambiente de crise econômica, nos anos 1990, causou uma explosão do desemprego, enfraquecendo acentuadamente a organização e o poder de barganha dos sindicatos e permitindo a introdução de medidas de flexibilização ainda maior das relações de trabalho. Neste contexto, ampliaram-se a precariedade e a fragmentação históricas do mercado nacional de trabalho, observando-se uma desvalorização das ocupações e de suas remunerações (DEDECCA, 2005).

Mesmo constatando-se a dominância do assalariamento no setor saúde, é inquestionável a tendência de precariedade dos contratos de trabalhos. Este movimento se fez em dois sentidos, ao menos: de um lado, através da crescente terceirização de atividades consideradas não nucleares para os serviços de saúde, como, por exemplo, o serviço de limpeza dos hospitais; e, de outro, por meio da contratação de serviços ou de mão-de-obra via cooperativas de trabalho e organizações não-governamentais, com o objetivo reduzir custos com salários e/ou ampliar a flexibilidade dos contratos. São exemplos a contratação de equipes através de ONGs pelas prefeituras ou de cooperativas de trabalho pelos planos de saúde e hospitais.

Do ponto de vista legal, estas formas de contratação não incorrem, em princípio, em nenhum tipo

de fraude a direitos trabalhistas. As medidas de flexibilidade dos contratos de trabalho adotadas a longo da década de 1990 dão amparo legal à sua adoção. Contudo, elas têm sido utilizadas para burlar as imposições legais que caracterizam o contrato de trabalho assalariado no país. Portanto, as novas formas possibilitam a contratação de trabalhadores com um menor escopo de direitos, uma maior flexibilidade de demissão ou rompimento da compra de serviços e uma menor remuneração.

Nesse sentido, pode-se afirmar que, apesar do assalariamento não ter se reduzido, o aumento da ocupação tem sido acompanhado de uma maior precariedade nos contratos de trabalho, ampliando a fragilidade das condições de trabalho nos diversos segmentos ocupacionais do setor saúde. Mesmo que parte destes se diferencie, em termos das condições de contratação, do mercado geral de trabalho, observa-se que eles não escaparam da tendência de maior precariedade e fragmentação dos anos 1990.

Ademais, esta maior precariedade se superpôs a uma já tradicionalmente existente no segmento ocupacional do setor saúde, expressa pela presença de múltiplos vínculos empregatícios. Segundo a PNAD 2006, 47% dos médicos e 23% dos enfermeiros declararam ter mais de um vínculo ocupacional de forma estável.

Portanto, as especificidades da estrutura ocupacional setorial, em um contexto de baixo crescimento e crescente restrição orçamentária, não foram suficientes para barrar os efeitos do mercado geral de trabalho sobre suas condições de trabalho.

OBSERVAÇÕES FINAIS

Este artigo teve a preocupação não somente de evidenciar a importância da geração de ocupações do setor saúde no mercado brasileiro de trabalho, mas de explicitar a necessidade de maior atenção da política em relação ao trabalho que ela incorpora nas diversas ações ou atividades que induz direta ou indiretamente.

Adotar esta perspectiva é fundamental seja para ampliar a qualidade do atendimento prestado à população, seja para identificar as necessidades de política de qualificação e de financiamento da política, de modo a viabilizar a ampliação adequada da dimensão ocupacional inerente ao escopo universal que a política hoje carrega.

Ademais, é importante apontar que tal perspectiva tem papel relevante para a estruturação do mercado de trabalho, em razão de estimular a geração de novas oportunidades ocupacionais com um nível de qualificação superior ao encontrado para a média da estrutura ocupacional, e também porque a política tem um papel relevante para a dinamização da atividade econômica e do mercado de trabalho que extrapola os limites do segmento de atividade de atenção à saúde.

Finalmente, é importante ressaltar a necessidade de maior atenção da gestão da política de saúde, em todos os níveis de governo, tanto para o recurso humano específico como para a diversidade de ocupações que ela sustenta direta ou indiretamente. Nesse sentido, é fundamental que a política foque o trabalho envolvido nas suas ações e entenda a importância da sua centralidade para a melhora da qualidade do atendimento prestado à população brasileira.

Notas

Este ensaio traz alguns resultados do projeto O Setor Saúde e a Geração de Emprego, realizado pelo Instituto de Economia com financiamento do Ministério da Saúde. O autor agradece os pareceres recebidos, tendo procurado atendê-los dentro das possibilidades metodológicas e analíticas alcançadas com os resultados da pesquisa.

1. Esta perspectiva também é pouco explorada em outros países, inclusive nos desenvolvidos. O estudo de Hiles (1992)

é uma das poucas referências existentes, com preocupação próxima à encontrada neste ensaio.

2. Uma ampla e importante literatura com este enfoque pode ser resgata. Ver Girardi et al. (2002); Médici et al. (1991); Nogueira et al. (2000); Pierantoni (2001); Rodriguez Neto (1996) e Vieira et al. (2004).

3. Uma caracterização detalhada da abrangência da política de saúde é encontrada em Negri et al. (2001), Campos et al. (1999) e Oliveira Silva (2005).

4. Ver também Poz et al. (1997).

5. Para uma análise mais minuciosa da estrutura ocupacional associada ao setor de atendimento à saúde, ver Dedecca et al. (2005) e Oliveira Silva (2005).

6. A estimativa foi realizada segundo o procedimento convencional para cálculo da elasticidade: $\epsilon = (dE/E) / (dG/G) = (dE/dG) / (E/G)$, onde ϵ é igual à elasticidade-gasto do

emprego; G é o gasto público com atividade de atenção à saúde e E é a ocupação nuclear.

7. Sobre baixo incremento potencial da produtividade no setor, ver OCDE (2008).

8. Sobre os desafios atuais para a qualificação no programa saúde da família, ver Gil (2005).

Referências Bibliográficas

CAMPOS, F.E.; ALBUQUERQUE, E.M. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. *Revista de Economia Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 1999.

DEDECCA, C.S. Notas sobre a evolução do mercado de trabalho no Brasil. *Revista de Economia Política*, São Paulo, Editora 34, v. 1, n. 97, 2005.

_____. *Reorganização econômica e trabalho no capitalismo avançado*. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 1999.

DEDECCA, C.S. et al. A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, Fiocruz, v. 3, n. 1, 2005.

DEDECCA, C.S.; PRONI, M.W.; MORETO, A. O trabalho no setor de atendimento à saúde. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. *Brasil: Radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp, 2001.

DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

ENGEL, C. Health services industry: still a job machine? *Monthly Labor Review*, Washington DC, v. 122, n. 3, 1999.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, mar./abr. 2005.

GIRARDI, S.N.; CARVALHO, C.L. *Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

HILES, D. Health services: the real jobs machine. *Monthly Labor Review*, Washington DC, v. 115, n. 11, 1992.

MARSHALL, T.H. *Política Social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.

MÉDICI, A.C. et al. El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. *Educación Médica y Salud*, v. 25, n. 1, 1991.

NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. *Brasil: Radiografia da saúde*. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp, 2001.

NOGUEIRA, R.P.; SANTANA, J.P. de. Gestão de recursos humanos e reformas do setor público: tendências e pressupostos de uma nova abordagem. Trabalho apresentado no WORKSHOP ON GLOBAL HEALTH WORKFORCE STRATEGY. Annecy, França: OMS, 2000.

OCDE. *The looming crisis in the health workforce*. Paris: OECD, 2008.

OLIVEIRA SILVA, L.M. *Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde no Brasil*. Dissertação (Mestrado)—Instituto de Economia, Unicamp, Campinas, 2005.

PIERANTONI, C.R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciências & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

PIERANTONI, C.R.; VARELLA, T.C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. *Estudos e Análises*, Brasília, v. 2, 2006. (Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, Brasília, Opas).

POZ, M.D.; PIERANTONI, C.R.; VARELLA, T.C. *Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Opas, 1997.

RODRIGUEZ NETO, E. Reorientando o setor saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médicas. *Divulgação em Saúde para Debate*, São Paulo, v. 11, n. 4, ago. 1996.

VIEIRA, A.L.S.; AMÂNCIO FILHO, A.; OLIVEIRA, E.S. Mercado de trabalho em saúde na região Sudeste-Brasil: a inserção da equipe de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, jan.-fev. 2004.

CLAUDIO SALVADORI DEDECCA

Professor do Instituto de Economia da Unicamp.

Artigo recebido em 9 de setembro de 2008.

Aprovado em 12 de janeiro de 2009.

Como citar o artigo:

DEDECCA, C.S. O trabalho no setor saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 2, p. 87-103, jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>; <<http://www.scielo.br>>.