

06

# Formação

Mercado de Trabalho  
em Saúde

Setembro de 2002

**Ministério da Saúde**

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SEGETES

Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DGES

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE

# Sumário

## Editorial

3

**Mercado de Trabalho e Educação Profissional: abordagens indissociáveis e necessárias ao Sistema Único de Saúde**

## Artigos

5

**Balanco de duas décadas do emprego no Brasil**  
Márcio Pochmann

15

**Configurações do Mercado de Trabalho dos assalariados em Saúde no Brasil**  
Sábado Nicolau Girardi e Cristiana Leite Carvalho

37

**Educação Profissional em Enfermagem: uma releitura a partir do Censo Escolar 2001**  
Júlio César França Lima, Ana Luíza Stiebler Vieira, Mônica Rodrigues Campos,  
Mônica Vieira, Renata Reis e Sandra Rosa Pereira

55

**Classificação Brasileira de Ocupações – 2000 perspectivas para análise do Mercado de Trabalho em Saúde com o foco na Enfermagem**  
Célia Regina Pierantoni e Thereza Christina Varella

71

**Características regionais do emprego em Enfermagem no Brasil: 1995-2000**  
José Meneleu Neto, José de Freitas Uchoa, Inácio José Bessa Pires,  
Ana Fátima Carvalho Fernandes e João Bosco Feitosa dos Santos

## Entrevistas

93

**Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária**  
Lilibeth Maria Cardoso Roballo Ferreira

99

**Classificação Brasileira de Ocupação**  
Paulo Jobim Filho

# Mercado de Trabalho e Educação Profissional: abordagens indissociáveis e necessárias ao Sistema Único de Saúde

A educação profissional como Política Pública deverá definitivamente fazer parte da agenda governamental brasileira nos próximos anos. O desafio de criar milhões de empregos e oportunidades de trabalho, num contexto de inovação e desenvolvimento tecnológico, impõe que o acesso da população a essa modalidade educacional seja ampliado. Essa questão não é tão simples quando observamos os movimentos e a dinâmica do mercado de trabalho e confrontamos com a situação da oferta de profissionalização no País.

A crise do emprego ou a caracterização de novos tipos de emprego e de vínculos, em geral mais flexíveis e precários, não tem diminuído as exigências de formação dos trabalhadores. Ao contrário, um novo perfil profissional, caracterizado pela polivalência em detrimento da especialização e pela ampliação de competências, vinculadas à educação básica sólida, faz parte do acervo necessário ao restabelecimento do processo de desenvolvimento nacional, num ambiente de competição internacional como o vivido por nós nos tempos atuais.

No setor Saúde, a complexidade não é menor. Afora os efeitos alinhados às transformações produtivas de caráter macroeconômico, as mudanças decorrentes da implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) têm impactos qualitativos e quantitativos sobre o mercado de trabalho. Mais do que nunca os processos de formação dos profissionais de saúde devem ser transformados e reinventados *vis-à-vis* às necessidades de saúde da nossa população.

Aprofundar a discussão sobre as alternativas para o Sistema de Saúde no Brasil, e sobre as necessidades de mudanças no perfil da força de trabalho, buscando interferir na formação dos profissionais de saúde, exige um olhar e um reconhecimento mais atento sobre as especificidades do mercado de trabalho em saúde. Torna-se necessário observar a extensão e as condições do emprego, as dinâmicas regionais, a oferta de serviços, a composição das equipes, o nível de assalariamento, dentre outras questões.

Esta edição da Revista Formação, apresenta um conjunto de artigos que tomam o mercado de trabalho como objeto de avaliação. Partindo de uma análise econômica dos aspectos que conformaram o mercado de trabalho a partir do processo de urbanização e industrialização no País, os textos seguem discutindo as especificidades do emprego no setor Saúde com recorte para as categorias de enfermagem. Um contraponto importante à dinâmica incremental do mercado de trabalho em saúde, mantida na década de 90, diz respeito às desigualdades enormes entre as regiões, principalmente quando observamos a oferta de educação profissional de nível técnico – quase inexistente para além do eixo Sul-Sudeste. Se tomarmos os princípios do SUS e as tendências de conformação dos serviços de saúde no Brasil, depreende-se a necessidade urgente de um reposicionamento quanto à oferta de cursos de modo a constituirmos de fato equipes de saúde com resolutividade e qualidade no setor público.

Os estudos mostram uma tendência à abertura do leque de funções e especialidades, justamente na esteira das mudanças que o Sistema de Saúde vem experimentando. Ao mesmo tempo em que a alta complexidade demanda cada vez mais profissionais de nível técnico detentores de qualificações específicas, as novas modalidades de tratamento como cuidados domiciliares e Saúde da Família, abrem condições para novas formas de empregabilidade e modalidades de vínculo de trabalho.

*Paulo Marchiori Buss*  
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

# Balanço de duas décadas do emprego no Brasil

## Assessment of two decade of job in Brazil

Márcio Pochmann

Secretário do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade da Prefeitura de São Paulo

---

**Resumo:** Após cinco décadas de avanço na estruturação do mercado de trabalho (1930 a 1980), o Brasil passou a registrar sinais de regressão ocupacional. Esgotado o modelo de desenvolvimento nacional apoiado na industrialização, a economia ingressou, a partir dos anos 80, numa fase de estagnação da renda *per capita* e elevada instabilidade nas atividades produtivas. Observando esse movimento, o estudo aponta para uma ruptura no funcionamento geral do mercado de trabalho brasileiro, analisando para isso o comportamento das ocupações nos setores econômicos *organizados* e *não-organizados*. Assim, o texto apresenta os movimentos de estruturação e desestruturação do mercado de trabalho nacional, permitindo acesso às suas distintas fases de evolução no País. A conclusão aponta para o fato de que a dinâmica de funcionamento do mercado de trabalho não é explicada por variáveis endógenas a ele. Mais importante, são as mudanças do padrão de desenvolvimento, no modo de inserção internacional e as políticas macroeconômicas.

**Palavras-chave:** Mercado de Trabalho; Ocupações; Indústria; Desenvolvimento.

**Abstract:** After five decades of development in structuring the labor market (1930 to 1980), Brazil started to record signals of occupational back holding. From the 1980's on, the economy – due to the weakening in the national development model supported by industrialization – entered into a stage of stagnation concerning the per capita income and high instability in productive activities. Observing such movement, this study points out to a rupture in the general functioning of the Brazilian labor market, by analyzing the behavior of occupations in the both *organized* and *non-organized* economic sectors. Therefore, the text discloses the assembling and disassembling movements of the national labor market, thus allowing for the access to the different development stages in the country. The conclusion points out the fact that the working dynamics of the labor market cannot be explained by variables endogenous to such labor market. The changes on the development pattern, the kind of international insertion and the macroeconomic policies are even more important.

**Keywords:** Labor Market; Occupations; Industry; Development.

---



## Introdução

Depois de ter completado o ciclo de cinco décadas consecutivas de avanço na estruturação do mercado de trabalho brasileiro, entre os anos de 1930 e 1980, o Brasil passou a registrar sinais de regressão ocupacional. Uma vez esgotado o modelo de desenvolvimento nacional apoiado na industrialização, a economia nacional ingressou, a partir dos anos 80, numa fase de estagnação da renda *per capita*, acompanhada de elevada instabilidade nas atividades produtivas.

Como referência metodológica adotada para procurar identificar a ruptura no funcionamento geral do mercado de trabalho brasileiro utilizaram-se os pressupostos teóricos da segmentação, basicamente dividida entre ocupações de setores econômicos *organizados* e *não-organizados*.<sup>2</sup> Enquanto o segmento *organizado* diz respeito aos postos de trabalho mais homogêneos, gerados por empresas tipicamente capitalistas, que se fundamentam nos empregos regulares assalariados, o *não-organizado* compreende as formas de ocupações mais heterogêneas, cuja organização não assume característica tipicamente capitalista, e está mais associado às economias não desenvolvidas.

Além das ocupações não-organizadas operarem de maneira dependente e subordinada à dinâmica capitalista, elas podem atuar, muitas vezes, conjuntamente com as ocupações organizadas. Mesmo assim, compreendem um espaço econômico limitado e intersticial na absorção da força de trabalho excedente ao modo de produção capitalista.

Nas organizações econômicas não-capitalistas há duas categorias bem distintas, a saber: (i) atividades mercantis simples que não se utilizam do assalariamento regular (empresas familiares, os trabalhadores por conta própria e autônomos, pequenos prestadores de serviços e serviço doméstico (trabalho a domicílio, trabalho por peça, vendedores ambulantes; biscateiros, cuidadores de carros, engra-

xates etc.) e (ii) atividades pseudo-capitalistas capazes de operarem com mão-de-obra assalariada, sem apoiarem-se na lógica da taxa de lucro, subordinados ao movimento geral do capital, seja na manutenção, seja na reprodução das unidades de prestação de serviços e de produção. Nesses casos, torna-se uma referência o nível geral do rendimento do proprietário, uma vez que as múltiplas formas de ocupações não-organizadas tendem a disputar parcela determinada dos rendimentos a partir da renda gerada pelas atividades capitalistas.

Em grande medida, as transformações em curso, desde a década de 1970, no interior das grandes empresas capitalistas (terceirização, redução de hierarquias funcionais, novas tecnologias e formas de gestão da produção e de organização do trabalho) impuseram o surgimento de novos relacionamentos diretos entre a unidade capitalista e as formas de ocupação não-capitalista (trabalho irregular, parcial, a domicílio, novo *putting out*<sup>3</sup> etc.)<sup>4</sup>.

---

2 A identificação dos diferentes segmentos da ocupação foi possível a partir da comparação entre as informações produzidas por pesquisas domiciliares e de censos de estabelecimentos realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De acordo com a classificação das ocupações por setores de atividade foi possível utilizar como *proxy* do comportamento das ocupações nos segmentos organizados e não-organizados. Enquanto os setores organizados foram aqueles resultantes das pesquisas de estabelecimento, que tendem a funcionar, em geral, de forma capitalista, os setores não-organizados foram aqueles resultantes da comparação entre as pesquisas domiciliares (trabalho de qualquer natureza) com a de estabelecimentos, conforme indicação do uso do trabalho com característica não tipicamente capitalista. Para maiores detalhes ver Souza, 1979 e 1980, Cacciamali, 1983.

3 *Putting out* refere-se a partes do processo produtivo pertencente à grande empresa que foram externalizadas. Ou seja, realizadas encadeadamente e subordinadas por meio de microempresas, trabalhadores independentes, autônomos, conta própria, cooperativas.

4 Sobre isso, ver mais em: Tokman, 1987; Cacciamali, 1992; Turnham *et al*, 1990, Baltar *et al*, 1997.

Excluindo-se essa breve introdução e as considerações finais, o presente texto contém uma apresentação sobre os traços gerais do movimento de estruturação e desestruturação do mercado de trabalho brasileiro. Dessa forma, o leitor tem acesso às distintas fases de evolução do mercado de trabalho brasileiro.

### **Estruturação e desestruturação do mercado de trabalho**

A ampliação dos empregos assalariados, sobretudo daqueles com registros, e a redução relativa das ocupações por conta própria e sem remuneração e do desemprego foi fundamental para a constituição de um grande movimento incompleto de estruturação do mercado de trabalho no Brasil entre as décadas de 1930 e 1970. Mas essa tendência geral no funcionamento do mercado de trabalho foi interrompida, quando o assalariamento começou a perder participação na ocupação total (desassalariamento), enquanto as ocupações não-organizadas ganharam maior espaço, assim como o desemprego. Assim, desde 1980, o Brasil registra o avanço do movimento de desestruturação no mercado de trabalho.

#### *Crescimento econômico e a estruturação incompleta do mercado de trabalho*

O registro de taxas elevadas de expansão dos empregos assalariados com registro formal em segmentos organizados e a redução da participação relativa das ocupações sem registro, sem remuneração e por conta própria e do desemprego foram uma marca do período de industrialização nacional ocorrido entre 1930 e 1980. Esse movimento geral, embora incompleto, permitiu a crescente incorporação de parcelas da População Economicamente Ativa (PEA) ao estatuto do trabalho brasileiro, uma vez que as ocupações cresceram acima da expansão da força de trabalho<sup>5</sup>.

Os fortes sinais de estruturação do mercado de trabalho em torno do emprego assalariado regular e dos segmentos organizados da ocupação não foram suficientes para o País cons-

tituir, de fato, uma verdadeira sociedade salarial. A experiência das economias desenvolvidas revela o peso predominante do assalariamento na conformação da cultura salarial (Castel, 1998).

Com o avanço do assalariamento, sobretudo com contrato formal, ocorreu, em contrapartida, a diminuição relativa das ocupações não-organizadas. Assim, a taxa de precarização da força de trabalho brasileira, que compreende a somatória dos trabalhadores desempregados, por conta própria e sem remuneração em relação à ocupação total, foi reduzida substancialmente.

A comparação entre os anos de 1940 e 1980 permite observar que para cada 10 ocupações geradas, oito foram assalariadas, sendo sete com contrato formal e uma sem contrato. As ocupações por conta própria, sem remuneração e os empregadores representavam apenas 20% do total dos postos de trabalho criados para o mesmo período.

---

5 Como estatuto do trabalho compreendem-se as condições de acesso ao conjunto de direitos que os empregados regulares e regulamentados possuem, tais como os benefícios de cidadania (representação sindical), regulação do padrão de uso e remuneração (proteção ao trabalho), questionamento laboral (justiça trabalhista, fiscalização do Ministério do Trabalho e negociação coletiva) e de seguridade social. Sobre isso ver: DIEESE, 1994.

Tabela 1

Brasil – Evolução da População Economicamente Ativa, da Condição de Ocupação e do Desemprego, 1940-1980

Itens	1940	1980	Varição Absoluta Anual**	Varição Relativa Anual
População Total	41.165,3	119.002,3	1.945,9	2,7%
PEA	15.751,0 (100,0%)	43.235,7 (100,0%)	687,1	2,6%
PEA ocupada	93,7	97,2	681,7	2,6%
Empregador	2,3%	3,1%	24,4	3,3%
Conta Própria	29,8%	22,1%	121,5	1,8%
Sem Remuneração	19,6%	9,2%	22,3	0,6%
Assalariado	42,0%	62,8%	513,5	3,6%
- Com Registro	12,1%	49,2%	484,2	6,2%
- Sem Registro	29,9%	13,6%	29,3	0,6%
Desempregado	6,3%	2,8%	5,4	0,5%
Taxa de precarização*	55,7%	34,1%	149,3	1,1%

Fonte: FIBGE, Censos demográficos e Estatísticas Históricas do Brasil, MTb.

\* Conta própria, sem remuneração, desempregado.

\*\* Em mil.

Além do aumento significativo dos empregos assalariados com registro, reflexo da transformação do mercado de trabalho nacional, assistiu-se o avanço do movimento de consolidação de segmentos ocupacionais organizados no meio urbano. Entre os anos de 1940 e 1980, o emprego no segmento organizado urbano cresceu à taxa média anual de 4,9%, acima da variação da PEA (4,6%), enquanto as ocupações no segmento não-organizado cresceram 3,9% como média anual.

Em síntese, destaca-se que para cada 10 ocupações geradas no mesmo período, sete foram de responsabilidade do segmento organizado e três do segmento não-organizado. No setor secundário da economia brasileira,

especialmente na indústria de transformação, as ocupações do segmento organizado cresceram um ponto percentual acima do segmento não-organizado, enquanto no setor terciário a diferença foi de 1,4 ponto percentual.

Nota-se que a expansão dos empregos regulares registrados e das ocupações nos segmentos organizados da economia foi a principal força do movimento geral de estruturação do mercado de trabalho. Mas isso dependeu fundamentalmente do avanço do projeto de industrialização nacional, bem como da institucionalização das relações de trabalho, compartilhada pelo conjunto de normas legais difundidas a partir de um código de trabalho no País: Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Tabela 2

Brasil – Evolução das Ocupações Não-agrícolas por Segmentos Organizados e Não-organizados, 1940-1980

Itens	1940	1980	Varição Absoluta Anual**	Varição Relativa Anual
<b>Total Não-Agrícola</b>	<b>4.914,3 (100,0%)</b>	<b>29.526,3 (100,0%)</b>	<b>615,3</b>	<b>4,6%</b>
- Organizado**	61,6%	70,5%	444,7	4,9%
- Não-organizado	38,4%	29,5%	170,6	3,9%
<b>Secundário</b>	<b>30,2%</b>	<b>36,2%</b>	<b>230,1</b>	<b>5,0%</b>
Ind. Transformação	24,2%	25,2%	156,3	4,7%
- Organizado	17,8%	20,2%	127,2	4,9%
- Não-organizado	6,4%	5,0%	29,1	3,9%
Construção Civil	6,0%	11,0%	73,8	6,2%
<b>Terciário</b>	<b>69,8%</b>	<b>63,8%</b>	<b>385,2</b>	<b>4,3%</b>
- Organizado	40,8%	44,8%	280,6	4,8%
- Não-organizado	29,0%	19,0%	104,6	3,4%

Fonte: FIBGE, *op cit.*

\* Em mil.

\*\* Inclusive 50% das ocupações da construção civil.

Por meio da industrialização nacional, orientada por políticas macroeconômicas comprometidas com a expansão e proteção da produção nacional, houve uma contínua elevação das ocupações, sobretudo dos empregos com contrato formal. Dificilmente o comportamento do mercado de trabalho seria tão positivo sem a institucionalização das relações de trabalho que permitiram, especialmente para uma parcela dos empregados, a constituição do estatuto do trabalho.

Não obstante os sinais de estruturação do mercado de trabalho, sabe-se que ela foi incompleta, obstaculizando a homogeneização verificada nas ocupação como constatada nas economias desenvolvidas. Nestes, a taxa de assalariamento urbana supera os 4/5 da População Economicamente Ativa ocupada, enquanto no Brasil, em 1980, as ocupações no meio urbano eram compostas de sete assalariados com contrato formal para cada 10 empregados, enquanto que, em 1940, somente três possuíam contrato formal dentre 10 assalariados.

Sem a interrupção do ciclo de industrialização nacional, o País teria registrado, em 2000, por exemplo, mais de 90% do total da ocupação urbana assalariada com contrato formal. Nesses termos, problemas previdenciários, como atualmente existentes, dificilmente estariam ocorrendo.

Nota-se, no entanto, que o avanço na taxa de assalariamento, não implicaria abandono dos problemas tradicionais do mercado de trabalho em economias subdesenvolvidas, como informalidade, subemprego, baixos salários e desigualdades de rendimentos. A combinação do novo com o velho resultou da ausência de reformas mais amplas do capitalismo brasileiro, como reforma agrária, tributária e social.

*Estagnação econômica e desestruturação do mercado de trabalho*

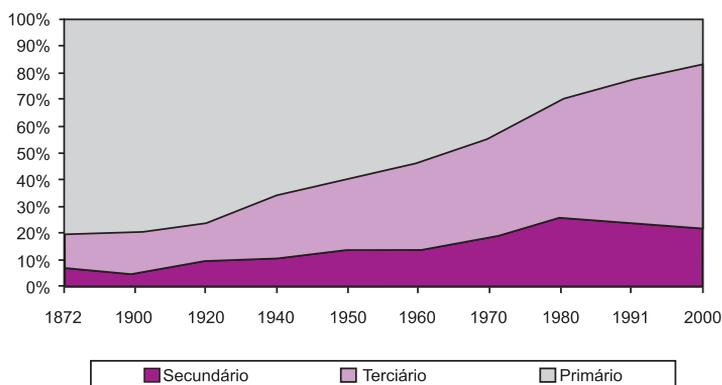
A adoção de um conjunto de programas de ajustes macroeco-

nômicos, a partir do colapso do padrão de financiamento da economia brasileira no início dos anos 80, com a crise da dívida externa, bem como a implantação do modelo econômico neoliberal desde 1990, terminou por inviabilizar a retomada sustentada do crescimento econômico. Diante do cenário de estagnação da renda *per capita*, com fortes e rápidas oscilações econômicas e num contexto hiperinflacionário até 1994, o País abandonou a tendência de estruturação do mercado de trabalho inaugurada ainda na década de 1930.

Desde 1980, verifica-se uma importante desaceleração na queda das ocupações no setor primário da economia, enquanto o setor secundário deixa de apresentar uma maior contribuição relativa no total das ocupações. Com isso, o setor terciário passou a registrar um certo inchamento, com a expansão de ocupações precárias e o desemprego maior. Nota-se, por exemplo, que, em 2000, de cada 10 ocupações existentes, seis eram de responsabilidade do setor terciário, duas do setor secundário e duas do primário, enquanto em 1980, quatro eram do setor terciário e três do secundário e três do primário.

Na década de 1980, por conta dos condicionantes externos (escassez de recursos financeiros internacionais aos países endividados), o Brasil manteve uma política macroeconômica de geração de elevados *superávits* comerciais, como forma de atender ao pagamento da dívida externa. Por conta do objetivo geral do programa governamental de exportações crescentes, ganhou força a substituição de importações, o que evitou a drástica queda na geração de postos de trabalho, apesar da redução na taxa agregada de investimento, da forte oscilação no nível de atividades econômicas, com a estagnação da renda *per capita*.

Gráfico 1  
Brasil – Evolução da População Economicamente Ativa Ocupada, 1872-2000



Fonte: FIBGE, Censos Demográficos.

Desde 1990, diante do modelo econômico neoliberal, o processo de abertura comercial, financeira, produtiva e tecnológica foi responsável pela baixa expansão das exportações. Em contrapartida, o aumento das importações contribuiu, associado ao ambiente macroeconômico desfavorável (altas taxas de juros, câmbio valorizado, renda *per capita* estagnada), para a desaceleração na abertura de novas vagas, abrindo caminho para o forte aumento do desemprego.

Em função disso tudo é que o País experimentou, pela primeira vez desde 1930, o fenômeno de forte desemprego e de desassalariamento, motivado pela redução relativa do empre-

go assalariado no total da ocupação. Enquanto o desemprego cresceu, fundamentalmente, pelo fato da ocupação ter registrado expansão abaixo da variação da PEA, o desassalariamento foi provocado muito mais pelo fraco desempenho do emprego assalariado com contrato formal, muito aquém da variação da PEA.

A significativa alteração na quantidade de empregos assalariados foi responsável pelas mudanças na composição dos registrados e os sem registros em carteira. De cada 10 empregos assalariados gerados entre 1980 e 2000, cerca de seis foram sem contrato formal e apenas quatro com contrato formal.

Tabela 3  
Brasil – Evolução da População Economicamente Ativa, da Condição de Ocupação e do Desemprego, 1980-1990

Itens	1980	2000	Varição Absoluta Anual**	Varição Relativa Anual
População Total	119.002,3	169.799,2	2.539,8	1,8%
PEA	43.235,7 (100,0%)	76.158,5 (100,0%)	1.646,1	2,9%
PEA Ocupada	97,2%	85,0%	1.135,5	2,2%
Empregador	3,1%	2,4%	24,4	1,6%
Conta Própria	22,1%	19,1%	249,6	2,1%
Sem Remuneração	9,2%	6,3%	41,0	0,9%
Assalariado	62,8%	57,2%	820,5	2,4%
- Com Registro	49,2%	36,3%	318,7	1,3%
- Sem Registro	13,6%	20,9%	501,8	5,1%
Desempregado	2,8%	15,0%	510,6	11,9%
Taxa de Precarização*	34,1%	40,4%	801,2	3,7%

Fonte: FIBGE, *op cit*.

\*Conta própria, sem remuneração e desemprego.

\*\* Em mil.

Além disso, nota-se que de cada 10 ocupações geradas no mesmo período de tempo, sete foram assalariadas, sendo três com contrato formal e quatro sem contrato formal. Cerca de 30% dos postos de trabalho abertos foram, no mesmo período de tempo, por conta própria, sem remuneração e empregadores.

Ademais da redução na participação relativa de empregos assalariados com registro no total dos assalariados, ocorreu a elevação da participação das ocupações nos segmentos não-organizados da economia urbana. Entre 1980 e 2000, verificou-se que

de cada 10 ocupações geradas, cinco foram de responsabilidade do segmento não-organizado e cinco do segmento organizado.

O setor terciário foi o principal segmento responsável pela maior expansão do total das ocupações, uma vez que a indústria de transformação apresentou perda de sua participação relativa no total das ocupações. Ao mesmo tempo, o segmento organizado da ocupação gerou menor variação no total das ocupações, sendo responsável por sua perda relativa de participação no conjunto da População Economicamente Ativa ocupada.

Tabela 4  
Brasil – Evolução das Ocupações Não-agrícolas por Segmentos Organizados e Não-organizados, 1980-2000

Itens	1980	2000	Variação Absoluta Anual**	Variação Relativa Anual
<b>Total não-agrícola</b>	<b>29.526,3 (100,0%)</b>	<b>53.586,2 (100,0%)</b>	<b>1.203,0</b>	<b>3,0%</b>
- Organizado**	70,5%	65,5%	645,7	2,6%
- Não-organizado	29,5%	34,5%	545,0	3,8%
<b>Secundário</b>	<b>36,2%</b>	<b>28,1%</b>	<b>218,5</b>	<b>1,7%</b>
Ind. Transformação	23,5%	17,3%	118,1	1,5%
- Organizado	20,2%	11,1%	24,0	0,4%
- Não-organizado	5,0%	6,2%	94,1	4,1%
Construção Civil	11,0%	10,8%	100,4	2,9%
<b>Terciário</b>	<b>63,8%</b>	<b>71,9%</b>	<b>984,5</b>	<b>3,6%</b>
- Organizado	44,8%	35,4%	287,1	1,8%
- Não-organizado	19,0%	36,5%	697,4	6,4%

Fonte: FIBGE, *op cit.*

\* Em mil.

\*\* Inclusive 50% das ocupações da construção civil.

Durante os 20 anos que separaram os anos de 1980 e 2000, o Brasil assistiu a maior expansão do setor terciário, com a abertura de sete a cada 10 novas vagas no segmento

não-organizado urbano. Destaca-se que o setor terciário foi o responsável pela abertura de 81,8% do total dos postos de trabalho no meio urbano.

Gráfico 2

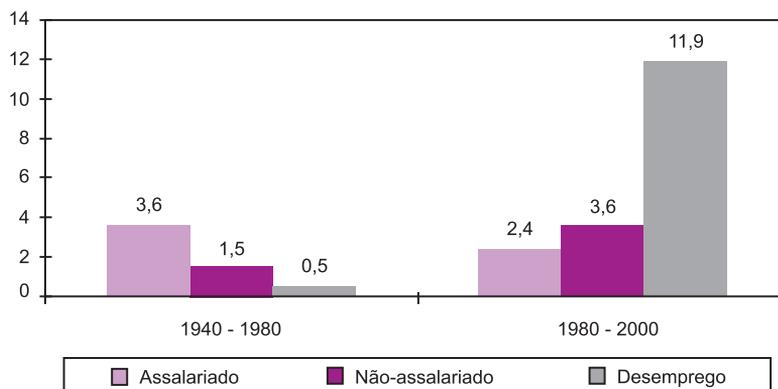
Brasil – Evolução das Participações dos Empregos Assalariado e Doméstico na PEA Urbana Ocupada, 1940-2000 (em %)

Fonte: FIBGE, *op cit.*

Por fim, uma adicional característica importante associada ao movimento geral de desestruturação do mercado de trabalho diz respeito à degrada-

ção do trabalho. A evolução da precarização nas ocupações foi contínua após 1980, com o maior avanço dos postos de trabalho domésticos.

**Gráfico 3**  
Brasil – Taxas Médias Anuais de Variação da PEA por Ocupação e Desemprego em Períodos Seleccionados (em %)

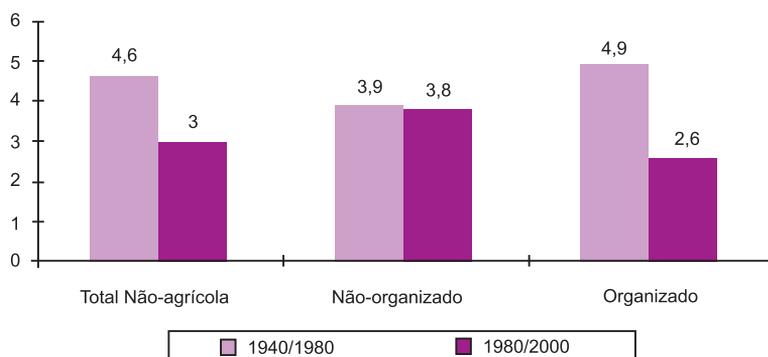


Fonte: FIBGE, *op cit.*

Entre 1940 e 1980, por exemplo, a participação do trabalho doméstico no total das ocupações urbanas tinha sido decrescente, na mesma medida em que a taxa de assalariamento urbana cresceu no País. De 1980 em diante, entretanto, a participação relativa do trabalho doméstico passou

a aumentar, tanto que, em 2000, atingiu a mais alta participação relativa no total da ocupação urbana desde 1940. A taxa de assalariamento, em contrapartida, seguiu uma trajetória inversa da ocupação doméstica, ou seja, de diminuição no total da ocupação.

**Gráfico 4**  
Brasil – Taxas Médias de Variação da PEA Urbana por Ocupação em Períodos Seleccionados (em %)



Fonte: FIBGE, *op cit.*

## Considerações finais

Como apresentado anteriormente, a evolução geral do mercado de trabalho registrou duas tendências muito distintas desde a primeira metade do século XX. Entre 1940 e 1980, por exemplo, o funcionamento do mercado de trabalho brasileiro teve um comportamento de fortalecimento de sua estruturação, estimulado pelo avanço do emprego assalariado e pelo segmento organizado da ocupação.

Em síntese, o movimento de estruturação do mercado de trabalho transcorreu simultaneamente com o processo de industrialização nacional e de institucionalização das relações e condições de trabalho. A redução do desemprego aconteceu em contraposição ao avanço do assalariamento no total da ocupação.

Para o período posterior a 1980, passou a ocorrer a reversão na trajetória geral das ocupações, com fortes sinais de desestruturação progressiva do mercado de trabalho. Com isso, ganhou dimensão o desassalariamento de parcela crescente da População Economicamente Ativa e a expansão das ocupações nos segmentos não-organizados.

Da mesma forma, o desemprego avançou rapidamente junto com o abandono do projeto de industrialização nacional e a adoção de políticas macroeconômicas de corte neoliberal. O enfraquecimento do estatuto do trabalho tem sido marcante.

As principais razões explicativas para as diferentes dinâmicas no funcionamento do mercado de trabalho não podem ser encontradas tão-somente nas variáveis endógenas do mercado de trabalho. Devem ser identificados, fundamentalmente, nas mudanças no padrão de desenvolvimento, no modo de inserção internacional e nas políticas macroeconômicas que afetam direta e indiretamente o nível e a composição ocupacional, os rendimentos e mesmo as novas formas de contratação e uso da força de trabalho.

---

## Referências bibliográficas

BALTAR, P. et al. *Mercado de trabalho e exclusão social*. Campinas: IE/Unicamp, 1997.

CACCIAMALI, M. *Setor informal urbano e formas de participação na produção*. São Paulo: IPE; USP, 1983.

\_\_\_\_\_. *A economia informal 20 anos depois*. Indicadores Econômicos. Porto Alegre: FEE, 1992.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social*. São Paulo: Vozes, 1998.

DIEESE. *Desemprego e as políticas de emprego*. São Paulo: DIEESE, 1994.

KOVARICK, L. *Capitalismo e marginalidade na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

POCHMANN, M. *O trabalho sob fogo cruzado*. São Paulo: Contexto, 1998.

\_\_\_\_\_. *A década dos mitos*. São Paulo: Contexto, 2001.

\_\_\_\_\_. *O emprego na globalização*. São Paulo: Boitempo, 2001.

\_\_\_\_\_. *E-trabalho*. São Paulo: Publisher Brasil, 2002.

POCHMANN, M.; BORGES, A. A *regressão do trabalho*. São Paulo: Anita Garibaldi; CES, 2002.

SOUZA, P. *Emprego, salários e pobreza*. São Paulo: Hucitec; Funcamp, 1979.

\_\_\_\_\_. *Programa de pesquisas sobre mercado de trabalho*. Campinas: DEPE/UNICAMP, 1980. v. I.

TOKMAN, V. *El sector informal: quince años después*. El Trimestre Económico, LIV (3). Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1987.

TURNHAM, D. et al. *The informal sector revisited*. Paris: OECD, 1990.

# Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em Saúde no Brasil\*

## Configurations of the salaried labor market in Health in Brazil

Sábado Nicolau Girardi

Doutorando em Saúde Pública pela ESPN/Fiocruz

Cristiana Leite Carvalho

Doutoranda em Saúde Pública pela ESPN/Fiocruz

---

**Resumo:** Neste artigo, analisamos as mudanças ocorridas nos mercados de trabalho em saúde no período 1995–2000, enfatizando o comportamento do segmento assalariado do mercado. O recorte conceitual e metodológico adotado, a partir dos registros administrativos da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), permitiu a análise de três dimensões do mercado de trabalho: a dimensão econômico-setorial considera o núcleo do setor e as demais atividades do macrossetor Saúde, a dimensão jurídico-institucional e a dos mercados profissionais. A terceirização dos serviços de saúde e o crescimento da ocupação informal, não captados pelas estatísticas correntes, são discutidos de forma articulada ao comportamento do emprego formal. Fica evidente o peso do setor Saúde no mercado de trabalho brasileiro e o crescimento diferenciado das ocupações do setor em relação aos demais trabalhadores, bem como a maior participação dos municípios na oferta de empregos de saúde.

**Palavras-chave:** Mercado de Trabalho; Recursos Humanos em Saúde; Emprego; Relação de Emprego; Profissões de Saúde.

**Abstract:** This article examines the changes in the health sector labor markets over the 1995–2000 period, emphasizing the behavior of the market salaried segment. The conceptual and methodological approach adopted, based on the administrative registers of Rais, allowed for the analysis of three labor market dimensions: the economic-sectoral dimension, which takes into consideration the sector nucleus and the remaining activities from the health macro-sector; the juridical and institutional dimension, and the dimension of professional markets. The outsourcing in the health sector and the increase on informal occupation, not considered by the current statistics, are discussed in an articulated way with the behavior of formal employment. It becomes evident the power of the health sector in the Brazilian labor market and the distinct increase of the health occupations in relation to the other workers, as well as the major participation of the Municipalities in the supply of health employment.

**Keywords:** Labor Market; Human Resources in Health; Employment; Employment Relation; Health Professions.

---

\* Este artigo originou-se de um estudo mais amplo, realizado para o Sistema de Acompanhamento de Sinais do Mercado de Trabalho do Setor Saúde com Foco em Enfermagem/Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (SAMETS/PROFAE), intitulado "Mercado de Trabalho em Saúde: dimensões setoriais, jurídico-institucionais e ocupacionais. Um estudo a partir da Rais". Por motivo de espaço, eliminamos diversos quadros e tabelas presentes na versão original. O leitor interessado em mais informações poderá obter cópia completa do relatório original por meio de solicitação direta aos autores pelo e-mail: [epsm@medicina.ufmg.br](mailto:epsm@medicina.ufmg.br), ou por solicitação ao núcleo central do SAMETS/PROFAE.



## Introdução

O esforço para dimensionar com alguma precisão o tamanho, a evolução, a estrutura ocupacional e setorial dos mercados de trabalho, e os serviços envolvidos com a função saúde em nossa sociedade, considerando a complexidade de seus diversos segmentos e o estágio das fontes de informação disponíveis, apresenta grandes limitações, até pelo grau de especulação que a tarefa pressupõe.

A escassez de recursos destinados a investigações de profundidade, em âmbito nacional, tem limitado as análises sobre a evolução do mercado de trabalho da área da Saúde quase que exclusivamente à interpretação de dados existentes em fontes estatísticas secundárias, com categorias e recortes setoriais e ocupacionais previamente definidos, nem sempre adequados para captar as rápidas mudanças e os rearranjos que ocorreram no interior desses “mercados” ao longo dos últimos anos<sup>1</sup>. Durante a década de 70 e 80, o inquérito da Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estatística que toma o universo dos estabelecimentos de serviços do núcleo do setor Saúde, foi a base de dados a que mais se recorreu para avaliar a evolução e a composição do emprego em saúde. Surgiu daí uma forte tendência a limitar o conceito de emprego em saúde ao campo da demanda por trabalho em estabelecimentos de saúde (hospitais, clínicas e serviços diagnósticos).

As análises do trabalho em saúde tomaram uma orientação distinta a partir de meados dos anos noventa, quando os dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), passaram a ser mais utilizados. O uso dessas fontes permitiu que as análises do mercado de trabalho do setor e das ocupações de saúde fossem reescritas, em mais profundidade, sob três “novas” dimensões da maior importância para a perspectiva do desenho e

implementação das Políticas Públicas para os mercados de trabalho: a dimensão econômico-setorial, a dimensão jurídico-institucional e a dimensão do mercado das profissões e ocupações propriamente ditas. Além disso, o uso dessas fontes permitiu um acompanhamento mais conjuntural dos fluxos de entradas e saídas e da evolução dos salários nos mercados formais da saúde. Duas importantes limitações, no entanto, logo se evidenciaram com o uso dessas fontes: primeiro, os dados se restringiam ao segmento formal regulamentado do emprego assalariado; segundo, a maior parcela dos serviços públicos de saúde não está acessível nessas estatísticas enquanto tais, ou seja, como serviços de saúde, uma vez que o “grosso” desses estabelecimentos e vínculos de empregos está computado nas diversas classes constitutivas da “Administração Pública”.

Assim, algumas das reconfigurações mais expressivas e controvertidas dos mercados de trabalho em saúde ensaiadas ao longo da década de noventa no Brasil – a municipalização do emprego em saúde, o crescimento dos mercados de trabalho da medicina supletiva, a expansão dos negócios e da ocupação informal no setor, a precarização das relações laborais no interior dos mercados formais e o vigoroso crescimento da assim chamada “outra saúde” (práticas e terapêuticas alternativas complementares, práticas não reconhecidas ou não regulamentadas, entre outras) – escapam quase completamente aos regis-

---

1 Usamos a expressão mercados entre aspas no sentido de apontar para a natureza e dinâmica especiais dos mercados de trabalho. A noção de mercadoria fictícia para referir-se à força de trabalho (Polanyi, 1944) tem uso já consagrado nos estudos sociológicos do trabalho e indica a forte necessidade da existência de instituições extramercado para o funcionamento dos “mercados” de trabalho (Polanyi, 1944). Mais recentemente, Freidson (2001) diferenciou três tipos ideais de mercado de trabalho: os mercados de trabalho regulados pelas forças de mercado; os mercados de trabalho burocraticamente regulados e os mercados de trabalho profissionalmente controlados. Os mercados de trabalho do setor Saúde representam um dos exemplos mais típicos do terceiro tipo.

tros e estatísticas citados. Da mesma forma, lhes escapam os movimentos de terceirização e de flexibilização das relações de produção e serviços no setor, a exemplo do crescimento das cooperativas de trabalho e do recente *boom* das sociedades civis de profissões regulamentadas, bem como das novas formas da autonomia integrada ou de segunda geração, predominante entre os médicos, embora não a eles limitadas (Girardi, 2001)<sup>2</sup>. Por fim, lhes escapam a vigorosa expansão observada no emprego em atividades de saúde, vinculadas ao poder público municipal e aos diversos segmentos da medicina supletiva. É bem verdade que a realização, nos anos mais recentes, de pesquisas de perfis profissionais (Machado *et al*, 1997) e de *surveys* não convencionais, a exemplo das pesquisas telefônicas (Girardi *et al*, 2000), têm permitido a captação de parte desses movimentos, mas sua utilização é ainda insuficiente. Vastos segmentos dos mercados – nos referimos aqui muito especialmente aos mercados informais e à “outra saúde” – encontram-se de qualquer forma quase completamente descobertos de diagnósticos mais abrangentes. Dessa forma, dimensionar os mercados de trabalho em saúde e buscar caracterizar sua trajetória e tendências recentes, revela-se um empreendimento nem sempre coroado de êxito exigindo cautela na interpretação dos resultados encontrados.

Neste artigo, analisamos os principais aspectos da evolução e estrutura dos mercados de trabalho da área da Saúde no Brasil no período recente (1995 a 2000), tomando por referência as informações da Rais do Ministério do Trabalho e Emprego. Isso significa, entre outras coisas, que a análise estará limitada ao segmento assalariado do mercado e ao comportamento do segmento formal da economia da saúde. Os mercados serão enfocados em três de suas principais dimensões: a dimensão econômico-setorial, a dimensão jurídico-institucional e a do mercado das profissões e ocupações de saúde, com ênfase nas ocupações da área de En-

fermagem. Por motivo de espaço, excluimos do artigo aspectos relativos ao perfil sociodemográfico dos ocupados e à dinâmica regional do emprego.

### Breves considerações metodológicas

A Rais é um registro administrativo do Ministério do Trabalho e Emprego, de âmbito nacional, com possibilidade de desagregação até o nível dos municípios, periodicidade anual e obrigatoriedade de preenchimento para todos os estabelecimentos da economia formal. Devido aos avanços em termos de captação e processamento dos dados e graças aos desenvolvimentos permitidos pela constante crítica investigativa sobre a base, a Rais se configura como um verdadeiro censo do mercado de trabalho formal brasileiro, com informações sobre atividades econômicas e ocupações<sup>3</sup>. A informação sobre atividade econômica da Rais é captada com base no sistema taxonômico adotado pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE). A revisão atualmente utilizada, publicada em dezembro de 1994, foi implementada a partir de 1995<sup>4</sup>. Por seu turno, o registro da informação sobre ocupação baseia-se na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 1994). Pode-se trabalhar com a desagregação de três dígitos, que identifi-

2 Referimo-nos ao crescimento do processo de organização dos médicos e outros profissionais como pessoas jurídicas (sociedades limitadas e sociedades civis de profissões) para prestação de serviços em hospitais e demais segmentos assistenciais. A expansão dessas novas formas jurídicas vem sendo associada à exploração de brechas na legislação fiscal-tributária e tem sido estimulada pelos grandes provedores e financiadores da assistência médica em nosso País. A expressão autonomia de segunda geração tem o sentido de diferenciá-la das formas clássicas da autonomia a exemplo do trabalho de profissionais liberais, artistas e artesãos (ver Lazzarato e Negri, 2001).

3 Para o Ministério do Trabalho e Emprego a Rais cobre cerca de 97% do universo do mercado de trabalho formal. Nossa experiência na área da Saúde revela uma baixa cobertura da Rais, particularmente para dimensionar o setor Público de Saúde, conforme veremos.

4 Por esta razão, tomamos o ano de 1995 como limite temporal inferior para o estudo.

cam os grupos base ou famílias ocupacionais (por exemplo: médicos, dentistas, enfermeiros, pessoal de enfermagem, operadores de equipamentos médicos e odontológicos etc.), e com cinco dígitos, quando se identifica a especialidade ocupacional (a exemplo do auxiliar de enfermagem, do atendente de enfermagem, do visitador sanitário, do instrumentador cirúrgico etc.).

O trabalho com a Rais permite, em linhas exploratórias, que o mercado de trabalho do setor e das ocupações seja analisado em diversas dimensões, das quais três nos parecem de maior interesse para a perspectiva do desenho e implementação das Políticas Públicas para os mercados de trabalho, sejam elas educacionais, sejam de emprego e salários. Em primeiro lugar, o tipo de informação propiciada pela Rais permite que se busque desenvolver um conceito ampliado de emprego em saúde, de tal modo que esta não mais esteja restrita à demanda por trabalhadores em estabelecimentos de saúde, mas apareça como resultante de um campo amplo de atividades, ao qual denominamos função saúde (Nogueira e Girardi, 1999). O conjunto das atividades econômicas que estão comprometidas com essa função constitui o macrossetor Saúde ou a malha da saúde, cuja composição envolve os diversos tipos de prestadores de serviços de saúde, mas se estende também a muitos ramos da indústria, do comércio e dos serviços em geral.

Definimos a malha da saúde ou macrossetor Saúde pelas seguintes atividades:

- Atividades do núcleo de serviços de saúde – serviços, públicos e privados, produzidos em estabelecimentos especificamente voltados para a manutenção e a recuperação da saúde, constituídos pelas seguintes classes: atendimento hospitalar, atendimento de urgência e emergência, atenção ambulatorial, serviços de complementação diagnóstica e terapêutica, serviços de outros profissionais da área de Saúde, outras ativida-

des relacionadas com serviços de saúde (terapias alternativas e práticas médicas complementares, bancos de órgãos, bancos de leite etc., atividades de manutenção do físico corporal, serviços veterinários). Inclui-se no núcleo do setor Saúde, por estimativa, os serviços de saúde da administração pública direta e indireta, das esferas federal, estadual e municipal.

- Prestação de serviços de saúde realizada em estabelecimentos classificados em outro tipo de atividade econômica (estimada pelos empregos de profissionais de saúde).

- Atividades estratégicas de pesquisa e desenvolvimento (P&D) e ensino de saúde (identificáveis por meio do emprego de profissionais de saúde).

- Atividades industriais produtoras de insumos para os serviços de saúde, constituídas pelas seguintes classes: fabricação de aparelhos e instrumentos para uso médico, fabricação de farmoquímicos, fabricação de medicamentos para uso humano, fabricação de medicamentos para uso veterinário, fabricação de materiais para uso médico-hospitalar.

- Atividades de comercialização (atacadista e varejista) de produtos farmacêuticos e de equipamentos médico-hospitalares, ortopédicos e odontológicos.

- Atividades financeiras vinculadas à saúde (operadoras de planos e seguros de saúde).

- Atividades de saneamento do meio – captação de águas, limpeza urbana e esgoto.

Para algumas dessas classes de atividades, o cômputo dos empregos relacionados à função saúde é de extração direta; para outras, contudo, ele tem que ser estimado, como é o caso dos serviços públicos de saúde. Com efeito, a maior parte dos estabelecimentos de serviços de saúde da administração pública, e respectivos estoques de empregos, não são diretamente identificáveis. A CNAE desses estabelecimentos os classifica somente como serviços de administra-

ção pública. Apenas uma pequena parcela, representada por hospitais e serviços de algumas autarquias e fundações públicas, encontra-se classificada como atividades de prestação de serviços de saúde (nas classes constitutivas do subsetor MED ODONT VET – assistência médica, odontológica e veterinária). Assim, para que não se subdimensione, de forma significativa, o emprego público em estabelecimentos de prestação de serviços de saúde, este tem que ser necessariamente estimado<sup>5</sup>. O cálculo realizado neste estudo levou em conta o número de empregados em ocupações de saúde em cada uma das esferas do setor público. A estes se acrescentou um montante corresponde à taxa de participação dos empregos administrativos e de serviços gerais em cada setor, calculada a partir dos estabelecimentos de saúde identificados como pertencentes ao setor público em cada uma das esferas, além destes, evidentemente.

Em segundo lugar, a amplitude e a profundidade das informações sobre a variável ocupação contida na RAIS permitem que os mercados de trabalho sejam analisados pelos mercados profissionais, propriamente ditos. Nesse tipo de análise é possível explorar, em detalhe, a evolução e as conexões entre os mais diversos grupos e especialidades profissionais e ocupacionais, empregados nos mercados formais de trabalho, bem como conhecer as formas como as profissões e as ocupações de uma determinada área conservam e recriam seus mercados dentro e fora do setor específico de atividade econômica.

Uma terceira dimensão de análise dos mercados de trabalho (setoriais e ocupacionais), possibilitada pela leitura dos dados da Raís, refere-se à sua dinâmica em termos de setores institucionais. A análise dos mercados de trabalho desde o recorte institucional focaliza a natureza jurídica dos agentes empregadores que tomam as decisões econômicas, tanto com respeito a investimentos em fatores de capital e trabalho (incluí-

das as políticas de admissão e desligamento de empregados), quanto às formas e modalidades de contratação de trabalho e serviços. O recorte institucional objetiva, entre outras coisas, avaliar os impactos das Políticas Públicas sobre os mercados de trabalho dos diversos setores institucionais da economia da saúde (público, empresarial e privado sem fins de lucro), partindo do pressuposto que tais instituições reagem de forma diferenciada a estas políticas.

### **Análise setorial dos mercados de trabalho em saúde**

Estimativas feitas a partir da Raís do Ministério do Trabalho e Emprego, considerada por pesquisadores da área de mercado de trabalho como um verdadeiro censo do emprego formal na economia, indicam a existência de cerca de 2,6 milhões de vínculos formais de emprego em estabelecimentos direta ou indiretamente vinculados à economia da saúde, dos quais 1,7 milhões correspondem a postos de trabalho assalariados em estabelecimentos do núcleo do setor (hospitais, clínicas e serviços diagnósticos e terapêuticos). As atividades da malha da saúde (ou do macrossetor Saúde) estariam gerando, portanto, mais de 10% do emprego formal urbano (dados relativos a dezembro de 2000). Cerca de 70% da ocupação assalariada do macrossetor está lotada em atividades de serviços de saúde (Tabela 1). Isolando-se da análise os estabelecimentos e empregos nos serviços de saúde do setor público, observa-se que os maiores empregadores correspondem aos estabelecimentos hospitalares. As atividades assistenciais de saúde sem regime de internação (clínicas médicas, odontológicas, de enfermagem e demais profissionais de saúde, inclusive estabelecimentos terapêuticos alternativos) respondem por cerca de

5 Na verdade, a opção metodológica de trabalhar apenas com os estabelecimentos públicos identificados no subsetor de serviços médicos, odontológicos e veterinários (classes CNAE 85.111 a 85.190) implica em excluir do âmbito da análise cerca de 900 mil empregos.

10% do emprego formal e as atividades de comercialização de produtos farmacêuticos e insumos (farmácias, drogarias etc.) por outros 10% do emprego formal. As operadoras de planos e seguros de saúde, com 4,7% do emprego total, constituem-se num

segmento de dinamismo e importância crescentes; além dos cerca de 122 mil empregados com vínculo celetista, a elas vinculavam-se mais 250 mil médicos (credenciados ou cooperados) e outros 574 mil empregados indiretos.

Tabela 1

Brasil, Dezembro de 2000.

Número de Empregos, Estabelecimentos e Índices de Emprego por Estabelecimento no Macrosetor Saúde, Segundo Classes de Atividade

Segmento/classe de atividade	Empregos	%	Estab.	Índice Empr./ Estab.
I - Núcleo do Setor (serviços de saúde)	1.730.150	66,8	-	-
I.a) Serviços Públicos de Saúde*	887934	34,3	-	-
I.b) Serviços Privados	842.216	32,5	120.983	7
Atendimento Hospitalar	504.764	19,5	8.987	56,2
Serviços de Apoio Diagnósticos e Terapêuticos – SADT	73.921	2,9	12.659	5,8
Outras Atividades de Atenção à Saúde	263.531	10,2	99.337	2,7
II. Atividades Industriais de Produção de Insumos	85.574	3,3	2.192	39
Indústria Farmacêutica	61.126	2,4	1.042	58,7
Indústria de Equipamentos e Materiais	24.448	0,9	1.150	21,3
III. Atividades de Comercialização de Produtos	261.727	10,1	61.748	4,2
IV. Atividades de Financiamento (Planos de Saúde)**	122.400	4,7	-	-
V. Atividades de Saneamento	188.957	7,3	3.651	51,8
VI. Profissionais de Saúde em P&D e Ensino*	61.091	2,4	-	-
VII. Profissionais de Saúde em Outras Atividades*	141.877	5,5	-	-
Total do Macrosetor Saúde	2.591.776	100,0	-	-

Fonte: Rais/MTE, 2000.

\* dado estimado.

\*\* números de empregados celetistas fornecidos pelas operadoras para 2000. A Rais informava apenas vínculos de emprego em 800 operadoras informantes.

Com relação ao porte de empregados, as atividades hospitalares, com índice de 56,2 empregados por estabelecimento, e a indústria farmacêutica, com 58,7 empregados por estabelecimento, são as que utilizam, em média, mais empregos por unidade “produtiva”. No outro pólo, situam-se as farmácias, os serviços diagnósticos e as atividades de atendimento à saúde sem regime de internação, todas elas com menos de seis empregados por estabelecimento. É importante destacar que, apesar de que estas médias possam sugerir que os estabelecimentos possuem um tamanho médio relativamente grande, verifica-se

uma proporção surpreendentemente alta de estabelecimentos de pequeno porte nas atividades do macrosetor Saúde (Nogueira e Girardi, 1999). Dos aproximadamente 10 mil estabelecimentos de atividade hospitalar, registrados na Rais em dezembro de 2000, 43,3% possuíam até quatro empregados e 6% não registravam sequer um emprego. De acordo com critérios adotados pelo IBGE na “Pesquisa do Setor Informal no Brasil”, realizada em 1997, todos esses estabelecimentos poderiam ser classificados como informais. Na verdade, pesquisas mais recentes vêm demonstrando que a maior parte desses estabeleci-

mentos não se constitui de fato como unidades hospitalares, mas como atividades de prestação de serviços hospitalares, organizados juridicamente como empresas de profissionais de saúde subcontratadas do segmento hospitalar mais organizado. Não se trata, portanto de locais físicos para atendimento, mas de profissionais organizados como pessoas jurídicas que prestam serviços dentro dos hospitais.

#### *Composição jurídico-institucional do mercado de trabalho do setor Saúde*

Os dados da Tabela 2 mostram o peso dos diversos setores jurídico-institucionais no mercado formal de trabalho comparando os serviços de saúde com o conjunto da economia. Os dados evidenciam uma característica distintiva das atividades do setor Saúde, qual seja o grande peso que nelas jogam as instituições públicas e as entidades do terceiro setor, seja na

oferta de serviços, ou na oferta da oportunidade de empregos. O peso atual do setor público municipal merece destaque. Com 24,6% dos empregos sua posição é superada apenas pelos estabelecimentos empresariais lucrativos que somam 25,6% desses empregos. A última coluna da referida tabela sinaliza para a importância relativa das atividades e do emprego de saúde para cada um dos segmentos institucionais. Pode-se ver, por exemplo, que um de cada seis empregos formais existentes nos setor público municipal localiza-se em serviços de saúde, o mesmo acontece no mercado de trabalho do terceiro setor, que tem 16,4% de seus empregos em serviços de saúde. Por outro lado, para o segmento das entidades empresariais, a ocupação em saúde detém um peso muito menor (2,6% com relação ao emprego em todos os setores do segmento).

Tabela 2  
Brasil, 2000.  
Número e Percentual do Pessoal Empregado nos Serviços de Saúde e no Total da Economia, Segundo Setor Institucional

Setor Institucional	Empregados nos Serviços de Saúde		Total de Empregados na Economia		Saúde Total
	N	%	N	%	%
Setor Público	887.934	51,3	6.314.951	24,1	14,1
Federais*	102.480	5,9	862.473	3,3	11,9
Estaduais	329.216	19,0	2.736.894	10,4	12,0
Municipais	426.258	24,6	2.626.367	10	16,2
Outros Públicos	29.980	1,7	89.217	0,3	33,6
Setor Privado	842.216	48,7	19.913.678	75,9	4,2
Entidades Empresariais	443.233	25,6	17.059.137	65,1	2,6
Entidades Sem Fins Lucrativos	325.133	18,8	1.988.412	7,6	16,4
P. Físicas e Outras Formas	73.850	4,3	866.129	3,3	8,5
<b>Total</b>	<b>1.730.150</b>	<b>100,0</b>	<b>26.228.629</b>	<b>100</b>	<b>6,6</b>

Fonte: Rais, 2000.

\* pessoal ativo em dezembro de 2000, segundo Secretaria de Recursos Humanos (SRH) do Ministério da Planejamento, Orçamento e Gestão.

### Os mercados de trabalho dos profissionais de saúde

As profissões de saúde e ocupações relacionadas à função saúde somavam 930.189 vínculos de emprego, representando 3,5% do mercado de trabalho assalariado formal brasileiro, em

dezembro de 2000. Em relação ao ano de 1995, houve um ganho de 113.351 vínculos de emprego, o que representou um crescimento bruto de 13,9%. No mesmo período, o emprego assalariado no conjunto da economia saltou de 23,8 para 26,2 milhões – incremento de 10,4%.

Tabela 3  
 Brasil, 1995 – 2000.  
 Vínculos de Emprego por Ano, Segundo Categorias de Profissionais de Saúde e Profissões  
 Relacionadas

Ocupações	1995		2000		Taxa Incremento Bruto 95/00
	N	%	N	%	%
Biologista	6.536	0,8	7.374	0,8	12,8
Bacteriologista/Farmacologista	9.203	1,1	9.890	1,1	7,5
Médico	146.141	17,9	152.119	16,4	4,1
Dentista	39.023	4,8	38.533	4,1	-1,3
Médico Veterinário	7.294	0,9	8.005	0,9	9,7
Farmacêutico	30.447	3,7	40.040	4,3	31,5
Nutricionista	11.242	1,4	12.167	1,3	8,2
Enfermeiro	71.097	8,7	69.774	7,5	-1,9
Assistente Social	32.740	4,0	30.956	3,3	-5,4
Psicólogo	14.032	1,7	16.292	1,8	16,1
Ortoptistas e Ópticos	1.634	0,2	1.573	0,2	-3,7
Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta	11.170	1,4	13.348	1,4	19,5
Op. Equip. Médicos e Odontológicos	19.311	2,4	21.574	2,3	11,7
Médico Outros	15.677	1,9	18.673	2,0	19,1
Pessoal de Enfermagem	401.282	49,1	489.871	52,7	22,1
Auxiliar de Enfermagem, em Geral	199.899	24,5	314.233	33,8	57,2
Auxiliar de Enfermagem do Trabalho	2.304	0,3	3.827	0,4	66,1
Atendente de Enfermagem	126.616	15,5	68.609	7,4	-45,8
Visitador Sanitário	4.214	0,5	10.150	1,1	140,9
Auxiliar de Banco de Sangue	1.590	0,2	1.888	0,2	18,7
Instrumentador de Cirurgia	1.352	0,2	1.307	0,1	-3,3
Parteira Prática	1.052	0,1	765	0,1	-27,3
Aux. Lab. de Análises Clínicas	9.846	1,2	13.747	1,5	39,6
Aux. Lab. de Análises Físico-Químicas	2.879	0,4	3.526	0,4	22,5
Outro Pes. de Enfermagem e Assem.	51.530	6,3	71.819	7,7	39,4
Total Pessoal de Saúde	816.838	100,0	930.189	100,0	13,9
Outros Trabalhadores	22.938.898	-	25.298.440	-	10,3
Total da Economia	23.755.736	-	26.228.629	-	10,4

Fonte: Rais, 2000.

As categorias de pessoal auxiliar de enfermagem somavam 52,7% dos vínculos de emprego de profissionais de saúde em 2000, com aumento do seu peso relativo em relação ao ano de 1995, quando representavam 49,1% do mercado dos profissionais de saúde. Os vínculos assalariados de médicos baixaram sua participação de 17,9% para 16,4% do total e os enfermeiros também tiveram seu peso relativo reduzido de 8,7% para 7,5% nesses mercados. Em termos de dinâmica do estoque das categorias profissionais de nível superior, o maior crescimento observado no período 1995–2000 ficou reservado para os farmacêuticos. Estes tiveram um aumento de cerca de 10 mil vínculos de

emprego, o que representou um crescimento de 31,5%. Apresentaram crescimento acima da média, além dos farmacêuticos, os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas e os psicólogos. Tiveram variação negativa nos estoques, os assistentes sociais, os dentistas e enfermeiros. Os vínculos de médicos aumentaram 4,1%, em termos brutos, no período. A título de comparação, observa-se que, no período analisado, o número de graduados cresceu bem à frente do crescimento do emprego para todas as categorias, com a notável exceção dos médicos. Assim, o número de concluintes de escolas de farmácia cresceu cerca de 76% entre 1995 e 2000, o de enfermagem em 23%, o

de odontologia em 18%, o de nutrição em 58% e o de terapeutas em 100%, em média; para os médicos esse crescimento foi de apenas 2% (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais/MEC, 1990-2000).

Dentre as categorias de pessoal de enfermagem, os auxiliares de enfermagem apresentaram variação positiva de 57,2% em seus estoques, no período, ao passo que os atendentes de enfermagem experimentaram variação negativa de 45,8%. No conjunto, o pessoal de enfermagem experimentou crescimento bruto de 22,1% (Tabela 3).

#### *Os mercados profissionais por setor institucional: público e privado*

Com relação a grandes setores institucionais, observa-se que 54,6% dos empregos de profissionais de saúde encontram-se em estabelecimentos de natureza privada (lucrativos e não-lucrativos), contrastando com a participação do setor privado para o conjunto dos empregados na economia, que chega a 72,62%. O setor público é responsável por aproximadamente 24% do emprego formal na economia brasileira e perto de 44% dos empregos de categorias de profissionais de saúde (Tabela 4).

Tabela 4  
Brasil, 1995 – 2000.  
Índices de Participação Percentual do Emprego por Natureza Jurídica, Segundo Categorias Profissionais de Saúde

Ocupações	NATUREZA JURÍDICA					
	1995			2000		
	% Público	% Privado Lucrativo	% Privado Não Lucrativo	% Público	% Privado Lucrativo	% Privado Não Lucrativo
Médicos	66,13	18,57	14,73	66,63	15,72	17,59
Cirurgiões Dentistas	71,25	9,80	17,44	72,86	9,83	17,00
Médicos Veterinários	52,30	40,02	4,41	55,47	33,83	7,38
Farmacêuticos	17,89	75,36	4,61	12,94	80,89	6,05
Nutricionistas	38,99	45,80	14,36	35,71	46,86	17,38
Enfermeiros	51,43	26,39	20,85	47,85	24,71	27,07
Assistentes Sociais	56,98	15,31	26,51	61,60	15,76	22,51
Psicólogos	49,99	28,68	20,34	52,20	22,26	25,43
Ortopistas e Ópticos	2,57	89,35	3,79	3,12	91,04	4,83
Terapeutas	33,79	30,75	33,21	32,51	26,76	39,89
Oper. de Equip. Médicos e Odontológicos	31,22	36,71	29,06	26,81	41,90	28,54
Médico Outros	50,30	23,45	18,77	46,47	22,65	23,61
Pessoal de Enfermagem	38,15	29,53	30,33	37,45	29,81	31,44
Auxiliar de Enfermagem	38,57	29,17	31,22	34,17	28,80	36,66
Auxiliar de Enfermagem do Trabalho	42,06	46,35	10,20	28,19	59,89	10,53
Atendente de Enfermagem	36,20	27,00	34,64	55,76	20,87	21,18
Visitador Sanitário	71,38	4,49	23,71	54,33	14,86	30,74
Auxiliar de Banco de Sangue	3,96	61,32	31,89	2,17	65,84	31,83
Instrumentador de Cirurgia	6,43	44,16	41,49	5,89	45,45	35,27
Parteira Prática	58,37	14,73	24,24	37,65	44,44	17,12
Aux. de Lab. de Análises Clínicas	18,36	62,19	16,46	11,58	72,19	15,05
Aux. de Lab. de Análises Físico-Químicas	11,15	80,72	5,90	3,06	86,27	10,07
Outro Pessoal de Enfermagem	45,18	28,31	21,49	40,58	31,01	23,89
Total Pessoal de Saúde	46,21	28,24	23,82	44,39	28,62	25,98
Outros Trabalhadores	25,93	63,83	5,65	23,33	66,38	6,90
Total Ocupados	26,62	62,60	6,28	24,08	65,04	7,58

Fonte: Rais/MTE.

Os maiores índices de participação do setor público no emprego são observados entre os dentistas (72,86%), médicos (66,63%), e assistentes sociais (61,60%). Em contrapartida, os menores índices de participação do

setor público se dão entre os farmacêuticos e ortoptistas, profissões cujos mercados de trabalho estão baseadas principalmente em estabelecimentos privados lucrativos do comércio.

Especificamente com relação às categorias ocupacionais da área de Enfermagem de enfermeiros, pode-se observar que as instituições de natureza pública respondem por 47,85% dos vínculos dos enfermeiros e por 37,45% das categorias de pessoal enfermagem. Dentre estas últimas, maiores níveis de participação do setor público são observados entre os atendentes de enfermagem e visitantes sanitários, para os quais os índices de participação do emprego público estão em torno dos 55%.

Não se observam alterações muito significativas na distribuição institucional do emprego para a maioria das profissões de saúde, entre os setores público e privado, entre 1995 e 2000. Para o conjunto das profissões de saúde, o peso relativo do setor público diminuiu ligeiramente – 1,82 ponto percentual – contra um aumento de 2,16 pontos percentuais das entidades sem fins lucrativos e de 0,38 do privado lucrativo. Para os demais grupos ocupacionais da economia, a queda da participação do setor público no mercado de traba-

ho formal foi de 2,6 pontos, o que coincide com um ganho de 2,55 pontos percentuais no setor privado lucrativo (Tabela 4).

Na área das ocupações de enfermagem, contudo, observam-se alterações de maior monta, principalmente entre os atendentes de enfermagem. Começando pelos enfermeiros, o peso das instituições do setor público diminuiu de 51,43% para 47,85% no mercado de trabalho assalariado da categoria e nos estabelecimentos do setor privado lucrativo de 26,39% para 24,71% do total. Em compensação, as entidades sem fins lucrativos aumentaram sua participação no mercado de trabalho da categoria em 6,22 pontos percentuais. Movimento similar se observa entre os auxiliares de enfermagem. Com relação aos atendentes, que têm queda de seus estoques em números absolutos em todos os segmentos, há um crescimento da participação relativa do setor público em relação a forte redução do peso relativo do setor privado, tanto no segmento empresarial do setor, como no segmento sem fins lucrativos (Tabelas 4 e 5).

Tabela 5

Brasil, 1995 – 2000.

Número do Emprego e Taxa de Incremento dos Vínculos de Profissionais de Saúde por Natureza Jurídica, Segundo Ocupações de Saúde

Ocupações	Público			Privado Lucrativo			Privado Não Lucrativo		
	1995	2000	Taxa de Inc. Bruto	1995	2000	Taxa de Inc. Bruto	1995	2000	Taxa de Inc. Bruto
Médicos	96.641	101.353	4,9	27.138	23.919	-11,9	21.529	26.751	24,3
Cirurgiões Dentistas	27.803	28.077	1,0	3.826	3.786	-1,0	6.806	6.551	-3,7
Médicos Veterinários	3.815	4.440	16,4	2.919	2.708	-7,2	322	591	83,5
Farmacêuticos	5.448	5.181	-4,9	22.944	32.390	41,2	1.405	2.424	72,5
Nutricionistas	4.383	4.345	-0,9	5.149	5.701	10,7	1.614	2.115	31,0
Enfermeiros	36.565	33.384	-8,7	18.764	17.244	-8,1	14.823	18.885	27,4
Assistentes Sociais	18.655	19.069	2,2	5.014	4.879	-2,7	8.679	6.968	-19,7
Psicólogos	7.015	8.504	21,2	4.025	3.626	-9,9	2.854	4.143	45,2
Ortopistas e Ópticos	42	49	16,7	1.460	1.432	-1,9	62	76	22,6
Terapeutas	3.774	4.339	15,0	3.435	3.572	4,0	3.710	5.324	43,5
Oper. de Equip. Médicos	6.028	5.784	-4,0	7.090	9.039	27,5	5.612	6.158	9,7
Médico Outros	7.885	8.677	10,0	3.676	4.229	15,0	2.942	4.408	49,8
Pessoal de Enfermagem	153.098	183.457	19,8	118.512	146.040	23,2	121.692	154.035	26,6
Aux. Enfermagem	77.105	107.358	39,2	58.309	90.508	55,2	62.408	115.211	84,6
Aux. Enferm. Trabalho	969	1.079	11,4	1.068	2.292	114,6	235	403	71,5
Atendente Enfermagem	45.840	38.258	-16,5	34.184	14.317	-58,1	43.860	14.528	-66,9
Visitador Sanitário	3.008	5.515	83,3	189	1.508	697,9	999	3.120	212,3
Aux. Banco de Sangue	63	41	-34,9	975	1.243	27,5	507	601	18,5
Instrument. de cirurgia	87	77	-11,5	597	594	-0,5	561	461	-17,8
Parteira Prática	614	288	-53,1	155	340	119,4	255	131	-48,6
Aux. Lab. Análises Clínicas	1.808	1.592	-11,9	6.123	9.924	62,1	1.621	2.069	27,6
Aux. Lab. Análises Fis.-Quí.	321	108	-66,4	2.324	3.042	30,9	170	355	108,8
Outro Pess. Enfermagem	23.283	29.141	25,2	14.588	22.272	52,7	11.076	17.156	54,9
Total Pessoal de Saúde	377.492	412.909	9,4	230.650	266.256	15,4	194.548	241.695	24,2
Outros Trabalhadores	5.947.010	5.902.042	-0,8	14.641.313	16.792.881	14,7	1.296.809	1.746.717	34,7
Total Ocupados	6.324.502	6.314.951	-0,2	14.871.963	17.059.137	14,7	1.491.357	1.988.412	33,3

Fonte: Rais/MTE.

As Tabelas 6 e 7 mostram, respectivamente, os dados da distribuição percentual do emprego entre as esferas administrativas do setor público e os índices da evolução do emprego entre 1995 e 2000. Conforme se pode ver, o período 1995-2000 é marcado por uma “migração” do emprego público em saúde em direção à esfera municipal diante de um forte enxugamento da esfera federal. O setor público estadual manteve sua participação mais ou menos nas mesmas proporções. Os estabelecimentos do setor público municipal, que já detinham 40,2% do empre-

go público de profissionais de saúde em 1995 – o que já era um reflexo da municipalização da saúde propiciada pela implementação da política de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – passam a segurar uma participação de mais de 55% em 2000. Relativamente ao mercado de trabalho do setor público das ocupações da área de Enfermagem, as instituições da esfera pública municipal passaram a deter mais de 48% dos empregos de enfermeiros e mais de 60% dos empregos de auxiliares de enfermagem, conforme Tabela 6.

**Tabela 6**  
Brasil, 1995 – 2000.  
Percentual do Emprego de Profissões de Saúde por Esfera Administrativa do Setor Público, Segundo Ocupações de Saúde

Ocupações	1995				2000			
	Federal	Estadual	Municipal	Outro Púb.	Federal	Estadual	Municipal	Outro Púb.
Médicos	5,3	43,0	40,7	11,0	0,6	46,3	52,9	0,3
Cirurgiões Dentistas	2,3	29,7	58,6	9,4	0,4	26,2	73,3	0,2
Médicos Veterinários	1,9	40,0	35,6	22,4	0,2	49,3	49,9	0,6
Farmacêuticos	16,4	54,5	16,4	12,7	3,4	53,9	41,5	1,2
Nutricionistas	16,0	44,7	30,3	9,0	1,0	50,3	48,2	0,5
Enfermeiros	15,1	43,2	31,5	10,2	1,5	49,9	48,1	0,6
Assistentes Sociais	3,9	40,2	44,9	11,1	0,6	41,3	57,6	0,4
Psicólogos	5,9	31,8	47,4	14,9	1,3	33,0	65,4	0,3
Ortoptistas e Ópticos	16,7	4,8	64,3	14,3	2,0	6,1	91,8	0,0
Terapeutas	8,3	39,4	35,9	16,3	0,6	37,2	61,5	0,6
Oper. de Equip. Médicos e Odontológicos	11,7	53,2	31,1	4,0	1,4	51,0	46,9	0,7
Médico Outros	2,8	22,2	64,0	11,0	0,7	21,9	77,2	0,1
Pessoal de Enfermagem	5,6	45,9	38,4	10,1	0,9	44,1	54,2	0,7
Auxiliar de Enfermagem, em Geral	7,3	32,8	45,9	14,0	1,5	35,8	61,8	0,9
Auxiliar de Enfermagem do Trabalho	0,8	57,8	38,6	2,8	0,3	52,5	46,9	0,3
Atendente de Enfermagem	3,0	62,1	27,3	7,6	0,1	70,3	29,2	0,4
Visitador Sanitário	7,6	15,9	70,9	5,6	0,0	7,6	92,2	0,1
Auxiliar de Banco de Sangue	6,3	15,9	66,7	11,1	4,9	24,4	68,3	2,4
Instrumentador de Cirurgia	36,8	16,1	41,4	5,7	11,7	24,7	59,7	3,9
Parteira prática	0,0	4,1	48,0	47,9	0,0	2,8	97,2	0,0
Aux. de Lab. Análises Clínicas	26,2	27,5	40,1	6,1	0,5	21,4	77,6	0,5
Aux. de Lab. Análises Físico-Químicas	6,2	13,4	35,5	44,9	3,7	10,2	84,3	1,9
Outro Pessoal de Enfermagem	3,7	63,9	30,6	1,7	0,2	48,8	50,5	0,4
Total Pessoal de Saúde	6,5	42,7	40,2	10,5	0,9	43,3	55,3	0,5
Outros Trabalhadores	14,1	43,4	33,7	8,8	14,6	43,3	40,6	1,5
Total de Ocupados	13,6	43,4	34,1	8,9	13,7	43,3	41,6	1,4

Fonte: Rais/MTE.

A Tabela 7 mostra os índices de crescimento bruto do emprego para o período citado. Os dados confirmam o processo de municipalização da saúde e, aparentemente, traduzem uma certa divisão do trabalho entre as instituições do setor público na qual se observa uma “especialização” da esfera municipal na função saúde: os empregos de saúde cresceram mais de 50% no setor público municipal

contra um crescimento de aproximadamente de 20% dos empregos de trabalhadores de outras famílias ocupacionais. Tais dados mostram-se compatíveis com a informação de que, em média, os municípios brasileiros teriam gasto – nos exercícios de 2000 e 2001 – aproximadamente 20% de suas receitas orçamentárias para pagamento de ações e serviços de assistência à saúde<sup>6</sup>.

Tabela 7  
Brasil, 1995 – 2000.  
Taxa de Incremento dos Empregos de Profissionais de Saúde por Esfera Administrativa do Setor Público, Segundo Ocupações de Saúde

Ocupações	Taxa de Incremento Bruto 1995-2000			
	Seto Público Federal	Setor Público Estadual	Setor Público Municipal	Setor Público Outros
Médicos	-88,9	12,8	36,1	-96,8
Cirurgiões Dentistas	-84,1	-11,0	26,2	-97,8
Médicos Veterinários	-86,3	43,4	62,9	-97,0
Farmacêuticos	-80,4	-5,9	141,0	-91,1
Nutricionistas	-93,9	11,6	57,5	-94,2
Enfermeiros	-91,1	5,3	39,5	-95,1
Assistentes Sociais	-83,6	5,1	31,3	-96,2
Psicólogos	-72,9	26,1	67,1	-97,8
Ortoptistas e Ópticos	-85,7	50,0	66,7	-100,0
Terapeutas	-91,1	8,6	96,9	-95,6
Oper. de Equip. Médicos	-88,6	-8,0	44,5	-82,4
Médico Outros	-72,2	8,6	32,8	-98,5
Pessoal de Enfermagem	-80,0	15,2	69,4	-91,8
Auxiliar de Enfermagem, em Gral	-71,7	52,1	87,5	-91,2
Auxiliar de Enfermagem do Trabalho	-62,5	1,3	35,3	-88,9
Atendente de Enfermagem	-97,1	-5,5	-10,6	-95,2
Visitador Sanitário	-99,6	-11,9	138,5	-95,9
Auxiliar de Banco de Sangue	-50,0	0,0	-33,3	-85,7
Instrumentador de Cirurgia	-71,9	35,7	27,8	-40,0
Parteira Prática	-	-68,0	-5,1	-100,0
Aux. de Lab. Análises Clínicas	-98,3	-31,5	70,3	-92,8
Aux. de Lab. Análises Físico-Químicas	-80,0	-74,4	-20,2	-98,6
Outro Pessoal de Enfermagem	-91,7	-4,5	106,5	-69,2
Total Pessoal de Saúde	-85,2	10,9	50,3	-94,5
Outros Trabalhadores	2,5	-1,0	19,8	-83,3
Total de Ocupados	0,0	-0,3	21,9	-84,1

Fonte: Rais/MTE.

Os empregos para o pessoal de enfermagem cresceram 69,4% no setor público municipal. Para os auxiliares de enfermagem este crescimento foi muito acima da média das ocupações de saúde na esfera municipal, cerca de 88%, ao passo que os atendentes de enfermagem tiveram uma redução em torno de 11% (Tabela 7).

#### *Análise por setor de atividade e especialidade funcional*

Conforme discutido na seção referente aos aspectos metodológicos, é preciso seguir com cautela na utilização dos dados da Rais. Dessa for-

6 Cf. Girardi & Girardi, 2002 – Gastos municipais em saúde: o peso do fator Recursos Humanos.

ma, os dados do emprego, referentes à classe de atividade econômica “Administração Pública”, não permitem discriminar em detalhe os seus diversos segmentos “funcionais”. Isso significa que não é possível discriminar, dentro da administração pública, quais vínculos correspondem a trabalhadores empregados em hospitais ou quais correspondem a empregados em atividades ambulatoriais ou em outras atividades. A *proxy* que utilizamos, que consiste na estimativa do emprego em atividades de saúde, a partir do emprego das ocupações das categorias de profissões de saúde e relacionadas, se não permite uma aproximação quanto ao volume de empregados em saúde, tampouco permite esse detalhamento “funcional”, de maneira que se faz importante levar em conta que o emprego no segmento hospitalar é maior que o aqui apresentado, uma vez que outra parte dos empregados em estabelecimentos de atendimento hospitalar está embutida na administração pública.

Tomando os dados sobre ocupação nos serviços públicos informados pela AMS (1999) podemos dizer que

cerca de 50% desta encontra-se em estabelecimentos com regime de internação. Para enfermeiros o índice de participação dos hospitais chega a 58% e para auxiliares de enfermagem, a 62%. Considere-se, contudo, que a informação da AMS não cobre os empregados nas burocracias do setor público – empregos nos níveis centrais e diretorias regionais das secretarias de saúde dos estados e municípios e pessoal burocrático do Ministério da Saúde. Dessa forma, descontando-se os empregos em ambulatorios, serviços diagnósticos e nas burocracias não seria de todo incorreto supor que uma porcentagem, em algum ponto entre os 20 e os 30%, dos empregos de profissionais de saúde que aparecem na administração pública poderiam ser somados aos empregos em atividades hospitalares. Uma outra alternativa para a análise da distribuição do emprego por áreas funcionais seria a de se tomar apenas os empregos no setor privado. Neste estudo, optamos por analisar as informações da Rais levando em conta a totalidade das classes de atividade.

Tabela 8  
Brasil, 1995 – 2000.  
Percentual de Empregos de Profissionais de Saúde por Setor e Especialidade Funcional, Segundo Ocupações de Saúde

Ocupações	1995					2000				
	Adm. Pública	Atividades Hopsi-talares	SADT	Outras Ativ. Saúde	Outros	Adm. Pública	Atividades Hopsi-talares	SADT	Outras Ativ. Saúde	Outros
Médicos	50,0	22,5	0,6	10,6	16,3	60,7	19,4	0,7	6,4	12,7
Cirurgiões Dentistas	61,5	3,5	0,1	10,9	23,9	71,4	2,8	0,1	6,6	19,1
Medicos Veterinários	40,5	0,5	0,1	6,5	52,4	52,5	0,3	0,1	2,5	44,5
Farmacêuticos	10,0	8,6	0,7	4,7	76,0	11,7	6,9	1,1	2,2	78,2
Nutricionistas	25,7	21,6	0,1	4,2	48,3	33,4	19,9	0,2	2,5	44
Enfermeiros	33,2	35,4	1,1	9,7	20,6	44,2	35,0	1,3	6,6	12,9
Assistentes Sociais	48,8	6,5	0,3	5,5	38,9	58,7	6,5	0,4	3,3	31,1
Psicólogos	38,7	11,9	1,3	5,9	42,3	46,5	9,4	0,7	4,6	38,8
Ortopistas e Ópticos	1,6	3,8	1,3	9,5	83,8	2,6	4,6	1,8	6,4	84,6
Terapeutas	22,8	23,8	8,8	20,2	24,4	30,1	21,3	4,9	16,5	27,2
Oper. Equip	18,7	39,0	9,5	19,6	13,1	21,4	33,8	16,3	17,9	10,6
Méd.Assem.	44,3	9,5	3,0	18,9	24,3	44,0	4,9	2,3	18,0	30,8
Pessoal de Enfermagem	26,8	50,2	1,7	9,7	11,6	33,5	41,6	3,1	9,0	12,8
Auxiliar de Enfermagem	26,6	54,1	0,7	6,8	11,8	29,5	52,2	1,3	6,9	10,1
Aux. Enf. Trab.	17,2	22,4	0,8	20,8	38,8	27,4	11,8	1,1	9,8	49,9
Atendente de Enfermagem	29,2	56,5	0,9	6,3	7,2	54,3	30,0	1,3	7,0	7,4
Visitador Sanitário	64,6	6,2	0,0	11,3	17,8	55,4	3,2	0,1	5,6	35,7
Aux. de Banco de Sangue	1,3	36,0	13,8	46,0	2,9	0,9	32,7	42,6	20,7	3,1
Instrumentador de Cirurgia	2,0	71,2	1,7	18,5	6,6	3,1	52,0	2,5	31,2	11,1
Parteira Prática	28,9	37,6	0,1	28,3	5,0	74,2	20,1	0,0	0,9	4,7
Aux. de Lab. Anál. Clínicas	10,6	20,5	19,9	35,0	14,1	10,3	15,3	38,4	22,1	13,8
Aux. de Lab. Ci. Fis.-Qui.	3,0	3,2	1,0	5,1	87,7	2,4	2,2	4,1	3,2	88,1
Outro Pes. de Enferm.	24,9	32,7	3,6	22,9	15,9	35,2	21,0	5,6	17,4	20,8
Total Pessoal de Saúde	33,8	34,8	1,6	10,1	19,7	40,4	30,3	2,7	8,1	18,5
Outros Trabalhadores	22,6	1,2	0,1	0,9	75,1	21,8	1,1	0,2	0,9	76,0
Total	23,0	2,4	0,2	1,2	73,2	22,5	2,1	0,3	1,1	74,0

Fonte: Rais/MTE.

Os dados para 2000 mostram que a administração pública e as atividades de atenção hospitalar constituem-se nas classes de maior importância na geração de empregos assalariados nos mercados de trabalho das profissões e ocupações de saúde. A administração pública aparece como principal empregador de profissionais de saúde em 2000, com 40,4% dos vínculos de emprego. Para os outros trabalhadores da economia, a administração pública respondia por cerca de 22% dos vínculos formais de trabalho. Comparativamente ao ano de 1995, houve um crescimento da participação da administração pública no emprego de profissionais de saúde. Em 1995, essas atividades eram responsáveis por 33,8% dos vínculos de emprego de profissionais de saúde, ao passo que, em 2000, sua participação subiu para 40,4%. Isso se deveu, conforme visto, ao aumento do emprego de profissionais de saúde no setor público municipal. Com relação aos trabalhadores dos outros grupos ocupacionais (não saúde), a partici-

pação relativa da administração pública apresentou uma ligeira queda (de 22,6% para 21,8%).

O segmento de atividades hospitalares, em 1995, responsável por cerca de 34,8% dos empregos nos mercados profissionais de saúde, viu sua participação reduzida para 30,3%, em 2000, com uma perda líquida de 2.290 vínculos de trabalho. De *per se* este dado sugere uma certa desospitalização do emprego dos profissionais de saúde. De fato, observa-se, no mesmo intervalo de tempo um crescimento da participação relativa dos estabelecimentos de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) – de 1,6% para 2,7% – no mercado de trabalho das ocupações de saúde (um acréscimo de 11.547 empregos). Contudo, para a comprovação dessa hipótese, faz-se necessário que se determine como se distribuiu o crescimento do emprego na administração pública entre as diversas especialidades funcionais dos serviços (Tabela 9).

Tabela 9

Brasil, 1995 – 2000.

Estoques e Saldos dos Empregos de Profissionais de Saúde por Setor e Especialidade Funcional, Segundo Categorias Seleccionadas das Ocupações de Saúde

	Estoques e saldos	Adm. Pública	Atividade Atendimento Hospitalar	SADT	Outros Saúde	Outros	Todos
Médicos	1995	73.092	32.886	863	15.529	23.771	146.141
	2000	92.389	29.586	1.050	9.773	19.321	152.119
	Saldo	19.297	-3.300	187	-5.756	-4.450	5.978
	%saldo	20,89	-11,15	17,81	-58,90	-23,03	3,93
Enfermeiros	1995	23.631	25.191	775	6.884	14.616	71.097
	2000	30.806	24.440	940	4.613	8.975	69.774
	Saldo	7.175	-751	165	-2.271	-5.641	-1.323
	%saldo	23,29	-3,07	17,55	-49,23	-62,85	-1,90
Pess. de Enfermagem	1995	107.557	201.276	6.707	39.117	46.625	401.282
	2000	164.108	203.965	15.297	43.940	62.561	489.871
	Saldo	56.551	2.689	8.590	4.823	15.936	88.589
	%saldo	34,46	1,32	56,15	10,98	25,47	18,08
Aux. de Enfermagem	1995	53.184	108.138	1.473	13.567	23.537	199.899
	2000	92.758	163.918	4.014	21.746	31.797	314.233
	Saldo	39.574	55.780	2.541	8.179	8.260	114.334
	%saldo	42,66	34,03	63,30	37,61	25,98	36,39
Atendente de Enfermagem	1995	36.933	71.491	1.143	7.917	9.132	126.616
	2000	37.277	20.550	909	4.799	5.074	68.609
	Saldo	344	-50.941	-234	-3.118	-4.058	-58.007
	%saldo	0,92	-247,89	-25,74	-64,97	-79,98	-84,55
Total Pessoal de Saúde	1995	275.933	283.965	13.447	82.309	161.184	816.838
	2000	375.518	281.675	24.994	75.513	172.489	930.189
	Saldo	99.585	-2.290	11.547	-6.796	11.305	113.351
	% Saldo	26,52	-0,81	46,20	-9,00	6,55	12,19

Fonte: Rais/MTE.

A análise da dinâmica das categorias ocupacionais da área de Enfermagem torna os resultados ainda mais ambíguos e reforçam, uma vez mais a necessidade de se escrutinar, com maior detalhe a distribuição do crescimento do emprego de saúde na administração pública. Os empregos de enfermeiros, por exemplo, só não experimentaram variação negativa na administração pública e nos SADT. Os auxiliares de enfermagem, contudo, cresceram em todos os segmentos.

*O comportamento do mercado assalariado por segmento institucional: celetistas versus estatutários<sup>7</sup>*

A Tabela 10 apresenta os índices de variação do estoque de empregos de profissionais de saúde comparando os segmentos celetista e estatutário do mercado de trabalho formal, nos períodos 1990–1995 e 1995–2000, respectivamente. A discrepância das performances dos dois segmentos, particularmente na primeira metade da década, salta de imediato aos olhos. Os índices positivos do crescimento do emprego no segmento estatutário do mercado de trabalho, no período 1990–1995 contrastam fortemente com o desempenho francamente negativo do mercado celetista. Com efeito, os empregos dos profissionais de saúde, considerados em seu conjunto, cresceram no quinquênio referido a uma razão geométrica de aproximadamente 13,9% ao ano e os dos demais trabalhadores da economia 6,37%. Algumas categorias, como enfermeiros, terapeutas e auxiliares de enfermagem, entre outras, alcançaram índices de crescimento do emprego estatutário superiores a 20% ao ano. No mesmo período, os vínculos de emprego regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) experimentaram variação negativa de 1,47% a.a. para os profissionais de saúde e 0,94% a.a. para os demais trabalhadores da economia. Os empregos de médicos, sob o regime celetista, por exemplo, decresceram à razão de quase 8,4% ao ano no período.

Essa tremenda discrepância das performances do emprego estatutário

e celetista é quase que completamente eliminada no período subsequente (1995–2000). De fato, ocorre mesmo uma discreta inversão da tendência do período anterior na medida em que os celetistas passam a apresentar índices de crescimento ligeiramente maiores, 2,27% a.a. e 2,04% para pessoal de saúde e outros trabalhadores, respectivamente, contra os índices de 1,77% a.a. e 1,56% a.a., para os estatutários. No segmento estatutário, com exceção dos farmacêuticos e enfermeiros que mostraram variação negativa, as demais categorias apresentaram crescimento, mas em todos os casos não superaram o índice dos 2% ao ano (Tabela 10).

7 Para captar os movimentos ocorridos nesses dois segmentos do mercado de trabalho em saúde tivemos que recuar o período sob análise até 1990, uma vez que a lei que regulamenta o Regime Jurídico Único (RJU) instituído pela Constituição Federal de 1988, é de 1990 (Lei nº 8.112/1990 alterada pela MP nº 1.595-14, de 10/11/97).

Tabela 10  
 Brasil, 1990 – 2000.  
 Taxas de Incremento Geométrico do Emprego de Profissões de Saúde por Regime do Vínculo de Emprego, Segundo Ocupações de Saúde

Ocupações	Regime de Trabalho					
	Inc. Geo. 1990-1995			Inc. Geo. 1995-2000		
	Estatutário	CLT	Todos	Estatutário	CLT	Todos
Médico	13,15	-8,35	-0,8	1,66	-0,95	0,8
Dentista	14,70	-6,78	1,7	1,53	-2,74	-0,3
Médico Veterinário	9,18	-8,40	-3,5	1,97	-0,63	1,9
Farmacêutico	18,48	4,03	5,6	-1,13	6,57	5,6
Nutricionista	20,59	0,20	4,0	1,58	1,47	1,6
Enfermeiro	24,03	4,22	9,7	-1,06	-0,44	-0,4
Assistente Social	13,92	-6,39	-0,2	1,47	-3,21	-1,1
Psicólogo	9,56	-6,14	-1,9	1,97	1,62	3,0
Ortopistas e Ópticos	8,45	-7,53	-7,3	1,62	-0,83	-0,8
Terapeutas Ocup. e Fisioterapeutas	23,78	0,93	4,5	1,95	3,12	3,6
Op. Equip. Médicos e odontológicos	21,90	0,61	3,4	1,52	2,42	2,2
Médicos Outros	31,09	3,71	10,6	1,73	3,99	3,6
Pessoal de Enfermagem	11,38	0,68	3,1	1,96	3,61	4,1
Auxiliar de Enferm., em Geral	24,09	11,96	14,8	2,15	10,13	9,5
Auxiliar de Enferm. do Trabalho	-	183,30	210,4	1,78	14,18	10,7
Atendente de Enfermagem	14,80	-4,29	-1,2	0,97	-17,14	-11,5
Visitador Sanitário	37,67	-9,30	2,1	2,41	24,84	19,2
Auxiliar de Banco de Sangue	5,29	5,03	5,0	1,79	3,50	3,5
Instrumentador de Cirurgia	-17,62	-1,31	-2,0	-1,79	-0,60	-0,7
Parteira Prática	-	80,26	103,7	-0,84	-12,91	-6,2
Aux. de Lab. de Análises Clínicas	-	-	0,0	-1,66	8,29	6,9
Aux. de Lab. de Análises Físico-Químicas	102,44	192,37	182,5	-1,88	4,42	4,1
Outro Pess. Enferm. e Assemelhados	-8,62	-14,96	-12,9	1,83	8,61	6,9
Total Pessoal de Saúde	13,87	-1,47	2,5	1,77	2,27	2,6
Outros Trabalhadores	6,37	-0,94	0,4	1,56	2,04	2,0

Fonte: Rais/MTE.

Os resultados líquidos, em termos de saldos de estoques, desses diferentes índices de crescimento entre os segmentos celetista e estatutário e

para o conjunto do mercado de trabalho, nos dois períodos, pode ser observado na Tabela 11, para categorias selecionadas.

Tabela 11  
 Brasil, 1990 – 2000.  
 Saldo do Emprego de Profissões de Saúde por Regime de Trabalho, Segundo Categorias Selecionadas

Ocupações	Saldos 1990-1995			Saldos 1995-2000		
	Não-CLT	CLT	Todos	Não-CLT	CLT	Todos
Médicos	33.846	-39.746	-5.900	9.366	-3.388	5.978
Dentistas	10.627	-7.411	3.216	1.792	-2.282	-490
Farmacêuticos	2.649	4.627	7.276	-84	9.677	9.593
Enfermeiros	18.350	8.082	26.432	-379	-944	-1.323
Pessoal de Enfermagem	47.881	9.558	57.439	33.004	55.585	88.589
Auxiliar de Enfermagem	39.065	60.723	99.788	27.072	87.262	114.334
Atendente de Enfermagem	15.446	-23.459	-8.013	272	-58.279	-58.007
Outro Pessoal Enfermagem	-11.202	-39.774	-50.976	3.992	16.297	20.289
Total Pessoal de Saúde	136.140	-41.010	95.130	50.099	63.252	113.351
Outros Trabalhadores	1.327.598	-865.648	461.950	457.867	1.901.675	2.359.542
Total	1.463.738	-906.658	557.080	507.966	1.964.927	2.472.893

Fonte: Rais/MTE.

Seja como for, em termos de distribuição do emprego pelos dois segmentos do mercado formal de trabalho, os vínculos de regime CLT, que representavam 79,4% do mercado dos profissionais de saúde em 1990, baixaram sua participação para 65,1% em 1995 e 64%, em 2000. Para os demais trabalhadores da economia, o segmento celetista reduziu sua participação de 83,7% no princípio da década para 78,2% em 1995 e, 78,4% em 2000.

Com relação ao emprego dos médicos, que mantiveram seus estoques praticamente inalterados, comparando os anos extremos do período, a participação dos vínculos CLT caiu de 74,0% para 45,6% no mercado formal da categoria. Nesse caso, essa redução significativa dos vínculos celetistas de médicos pode ser explicada pelo fato da maioria dos empregos formais de médicos localizarem-se em instituições públicas (cerca de 70%).

Tabela 12  
Brasil 1990 – 2000.  
Percentual do Emprego de Profissões de Saúde por Regime de Trabalho, Segundo Categorias Seleccionadas

Ocupações	1990		1995		2000	
	Não-CLT	CLT	Não-CLT	CLT	Não-CLT	CLT
Médicos	26,0	74,0	50,3	49,7	54,4	45,6
Dentistas	30,1	69,9	54,9	45,1	60,2	39,8
Farmacêuticos	8,6	91,4	15,2	84,8	11,4	88,6
Enfermeiros	21,2	78,8	39,1	60,9	39,3	60,7
Pessoal de Enfermagem	19,5	80,5	28,6	71,4	30,2	69,8
Auxiliar de Enfermagem	20,1	79,9	29,6	70,4	27,4	72,6
Atendente de Enfermagem	11,5	88,5	24,5	75,5	45,6	54,4
Outro Pessoal Enfermagem	30,1	69,9	38,2	61,8	32,9	67,1
Total Pessoal de Saúde	20,6	79,4	34,9	65,1	36,0	64,0
Outros Trabalhadores	16,3	83,7	21,8	78,2	21,6	78,4
Total	16,5	83,5	22,2	77,8	22,1	77,9

Fonte: Rais/MTE.

Nos mercados de trabalho das ocupações da área de Enfermagem, a participação do segmento celetista reduziu de cerca de 80% em 1990, no caso dos enfermeiros, para 60%. O declínio do segmento celetista foi menor para as ocupações auxiliares de enfermagem. Os vínculos de trabalho celetistas reduziram sua participação, aproximadamente, de 80,5% para 71,4% do emprego formal das categorias de enfermagem consideradas em conjunto. É interessante observar as diferenças entre os auxiliares e atendentes de enfermagem. Os últimos tinham quase 90% de seus empregos em regime CLT em 1990 contra 54,4%, em 2000, apresentando redução significativa, enquanto que os auxiliares de enfermagem apresentaram uma ligeira redução, de

79,9%, em 1990, para 72,6%, em 2000 (Tabela 12).

Uma última consideração merece ser feita. Esse processo de conversão de posições assalariadas no mercado de trabalho de regime CLT para o Regime Jurídico Único fez-se acompanhar por mudanças na classificação ocupacional, “escondendo” parte mais ou menos considerável – dependendo da ocupação – do crescimento de vínculos de profissionais de saúde. Tomando o caso dos médicos, por exemplo, cerca de 25% dos empregados registrados como médicos na Rais em 1989 estavam empregados em 2000 sob a rubrica de “funcionários públicos” ou “outros agentes da administração pública”. O mesmo fenômeno atinge 18% dos enfermeiros e cerca de 10% dos dentistas assala-

riados registrados na Rais (RAISMIGRA-Saúde, 1989-2000).

### Considerações finais

É importante que se tenha em mente que os números relativos a dimensões e composição institucional dos mercados de trabalho setoriais e dos mercados profissionais apresentados se referem tão somente ao segmento da ocupação com posições assalariadas nestes mercados. Os erros no dimensionamento dos mercados de cada um desses segmentos e profissões são, portanto, diretamente proporcionais ao peso que as formas de ocupação não assalariadas (autônomos, empregados informalmente etc.) detêm nos segmentos do setor e profissões.

Com base na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), do IBGE, Deddeca e colaboradores (2001, p.179) estimaram em 5,6 milhões o número de total de pessoas ocupadas em atividades direta ou indiretamente relacionadas à saúde. Apesar de os dados dessas fontes não serem diretamente comparáveis, pode-se dizer que eles fornecem uma pista acerca das dimensões da ocupação e da produção de serviços de saúde e relacionados, não incorporados à relação salarial típica na economia da saúde. Em linhas gerais, se encontra fora da relação salarial típica um conjunto muito heterogêneo de arranjos, a exemplo dos contratos de trabalho heterônomos precarizados, dos ocupados como “conta própria” ou “auto-empregados” de pequena ou baixa qualificação (ocupações não regulamentadas), do trabalho autônomo “liberal”, do trabalho autônomo cooperado, dos autônomos contratados para prestação de serviços, das pequenas empresas de profissionais de saúde subcontratadas do setor organizado (sociedades de quotas limitadas e sociedades civis de profissões regulamentadas), dos profissionais “irregulares” e alternativos etc.

Evidentemente, o peso dessas formas não assalariadas de ocupação de força de trabalho não captada pela Rais varia para ambos, segmento em-

pregador e profissão. Assim, por exemplo, um certo subdimensionamento do peso dos empregadores municipais, pode ser inferido, entre outros fatores, pelo fato de que a maior parte dos aproximadamente 200 mil profissionais de saúde ocupados no Programa Saúde da Família (PSF) não estarem empregados nem no regime da CLT, nem como estatutários, nem sob qualquer outra forma de relação de emprego regulamentada. Com efeito, mais de 70% das prefeituras, por restrições orçamentárias ou “flexibilidade gerencial”, utilizam preferencialmente formas de contratação de médicos e enfermeiros que não configuram relação de emprego<sup>8</sup>. Se esta é “a regra de mercado” para contratação de médicos, certamente este não é o caso dos enfermeiros.

Da mesma forma, pode-se inferir que o peso dos estabelecimentos hospitalares lucrativos e da rede hospitalar vinculada ao terceiro setor na ocupação setorial também se encontra subdimensionado, especialmente no que diz respeito à ocupação de profissionais médicos. Se tomarmos o caso de São Paulo como indicativo do panorama nacional, os aproximadamente 24 mil vínculos de médicos assalariados reportados em estabelecimentos lucrativos escondem, por assim dizer, um volume muito maior de médicos ocupados no segmento. Nesse estado, pouco mais de 6% dos hospitais com fins lucrativos revelaram, em pesquisa recente, propensão de contratar especialidades médicas pre-

---

8 Dados obtidos por levantamento feito pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), durante os meses de novembro e dezembro de 2001, por meio de entrevistas telefônicas, junto a 759 municípios brasileiros. Na amostra, representativa dos municípios com PSF (margem de erro de 5%), buscou-se conhecer as formas de contratação utilizadas para condução do PSF, níveis de precarização do trabalho e razões e desvantagens atribuídas pelos gestores à adoção das formas de contratação. Ver Girardi e Carvalho (2002) “Contratação e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família no Brasil”, Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos para a Saúde/Ministério da Saúde.

ferencialmente pela via da relação salarial – 43% preferem contratar especialidades médicas sob formas autônomas e 41% optam por formas intermediadas por cooperativas e grupos médicos (Girardi, 2002a). Da mesma forma, os aproximadamente 27 mil vínculos de médicos reportados pelos estabelecimentos do terceiro setor, subestimam o peso do segmento, se consideramos o indicativo de que apenas 13% dos hospitais não lucrativos do País revelaram, em um levantamento recente, propensão preferencial de contratar serviços de profissionais médicos sob a relação salarial típica (Girardi *et al.*, 2001). O mesmo não acontece, no entanto com relação às ocupações de enfermagem, para as quais os dados da Rais refletem, com maior aproximação, o volume de ocupados nos diversos segmentos do setor. Em todas as pesquisas acima referidas, mais de 90% dos gestores hospitalares entrevistados reportou propensão preferencial de contratação de enfermeiros e pessoal auxiliar de enfermagem via contratos salariais típicos.

Também com relação ao dimensionamento dos mercados profissionais propriamente ditos, os dados da Rais refletem a situação do mercado das profissões de forma diferenciada. Em linhas gerais, as profissões, com maior volume e peso relativo de posições assalariadas no mercado, tendem a ter aspectos de seus mercados melhores representados. Inversamente, quanto maior a capacidade das profissões de basear seu trabalho em consultórios privados, ou de vincular-se como autônomos ou de organizar-se como grupos de prática ou sociedades civis para prestação de trabalho para provedores hospitalares e clientes – cobertos ou não por terceiros pagadores – maior a necessidade de se recorrer a fontes adicionais<sup>9</sup>.

Um aspecto que talvez deva ser finalmente ressaltado com relação à detenção pelos profissionais de posições não assalariadas no mercado diz respeito aos diferentes significados do trabalho “frágil” para as diversas ca-

tegorias de trabalhadores e profissionais de saúde. Com efeito, estar excluído da relação salarial tem um significado completamente diferente para um trabalhador de uma profissão com prerrogativas de autorregulação que, para dizer o mínimo, controla importantes aspectos de seu mercado de trabalho – como a medicina ou a odontologia – e para um trabalhador de uma ocupação não regulamentada ou mesmo fracamente regulamentada, que tem seu mercado de trabalho controlado quase que totalmente pelas organizações empregadoras ou pelo movimento da oferta e da demanda nos mercados.

Em que pesem todas essas limitações, a análise dos dados reportados pela Rais permite destacar as seguintes conclusões principais:

(i) Mais de 10% da ocupação assalariada no mercado formal de trabalho no País encontram-se ligada a estabelecimentos do macrossetor Saúde (cerca de 7% em estabelecimentos do núcleo do setor).

(ii) Em termos de distribuição institucional, 16% dos empregos regulamentados vinculados ao setor público municipal; 12% do emprego público dos estados e da União; 16% dos empregos vinculados a instituições do terceiro setor e perto de 3% do emprego formal em atividades empresariais lucrativas encontram-se na área da Saúde.

(iii) Enquanto que para os demais trabalhadores da economia a participação do setor público diminuiu ligeiramente sua importância, para os profissionais de saúde a participação do setor público aumentou, fato que pode ser associado, em larga medida, com a transferência das responsabilidades com relação à atenção à saúde para os municípios, como decor-

9 A profissão médica cobraria, de uma certa forma, uma posição diferenciada com relação às demais profissões da área da Saúde, na medida em que detém uma multiplicidade maior de inserções numericamente significativas nos diversos segmentos do mercado. Ver Machado, 1997.

rência da construção institucional do Sistema Único de Saúde ao longo da década de 90.

(iv) A composição do emprego em saúde revela um *mix* institucional, com distribuição mais ou menos equilibrada dos vínculos assalariados entre as instituições do setor público (51,3%) e do setor privado (25,6% em entidades empresariais e 18,8% em entidades do terceiro setor).

(v) A ocupação assalariada em profissões de saúde cresceu mais que a dos outros trabalhadores da economia, em que pese tal crescimento, para a maioria das ocupações de educação superior, tenha se situado abaixo do crescimento do número de concluintes desses cursos (exceção feita aos médicos).

(vi) A conversão de vínculos de regime CLT para o regime estatutário (RJU) figura entre as reconfigurações mais notáveis ocorridas no âmbito dos mercados de trabalho em saúde durante os anos 90, ainda que este movimento tenha se estancado nos anos finais da década.

(vii) *Pari passu* à conversão dos vínculos assalariados para o regime estatutário, a instituição do RJU e a adoção mais ou menos generalizada de planos de cargos e salários no âmbito dos estados e parte dos municípios brasileiros, resultaram numa reclassificação de vínculos assalariados de profissionais de saúde que passaram a ser registrados na Rais sob as denominações ocupacionais próprias dos serviços públicos, como “funcionários públicos”, “agentes da administração pública”, “analistas da saúde” e outros.

Finalmente, pode-se dizer que a análise dos mercados de trabalho, sob o recorte de grandes setores institucionais, permite ver que os diversos setores institucionais da economia da saúde (público, empresarial e privado sem fins de lucro) reagiram de forma diferenciada – de acordo com o maior ou menor grau de autonomia e capacidade de ação discricionária frente ao Estado – às di-

versas Políticas Públicas que impactaram sobre os mercados de trabalho, sejam elas de corte setorial, como a política de municipalização dos serviços de saúde, a estratégia do Saúde da Família e a regulamentação dos planos e seguros de saúde, ou sejam elas extra-setoriais, como as políticas tributárias e fiscais, as políticas educacionais e as políticas de emprego e salários.

---

### Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. *Censo de Educação Superior: 1990 a 2000*. Brasília, [20—].

BRASIL. Ministério do Trabalho. *Registros Administrativos do Cadastro Geral do Empregados e Desempregados*. Brasília, [20—]. (Série 1990 a 2000).

\_\_\_\_\_. *Registros Administrativos da Relação Anual de Informação Social*. Brasília, [20—]. (Série 1990 a 2000).

\_\_\_\_\_. *Registros Administrativos da Relação Anual de Informação Social*. Brasília. (RaisMigra-Saúde, 1989-2000).

DEDDECA, C. S. et al. O Trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI (Orgs.). *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas: Instituto de Economia; UNICAMP, 2001.

FREIDSON, E. *Professionalism: the third logic on the practice of knowledge*. The University of Chicago Press, 2001.

GIRARDI, S. N., CARVALHO, C. L., GIRARDI, J. B. Formas Institucionais da Terceirização de Serviços em Hospitais da Região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE SOCIOLOGÍA DEL TRABAJO, 3. mayo de 2000, Buenos Aires. *Anales del 3º Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo*.

GIRARDI, S. N. (Coord.) et al. *Rede Hospitalar Filantrópica no Brasil: per-*

fil institucional e ofertas de serviços. Relatório de Pesquisa, 2001. (Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde).

GIRARDI, S. N. (Coord.). *Mercado de Trabalho Médico no Estado de São Paulo*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. NESCON-UFMG. São Paulo: CREMESP, 2002. 69 p.

GIRARDI, S. N.; GIRARDI, J. B. *Gastos Municipais em saúde: o peso do fator recursos humanos*. Belo Horizonte: UFMG, 2002. Mimeografado.

IBGE. *Assistência Médico Sanitária*. Rio de Janeiro, 1999. (Cd-rom do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

\_\_\_\_\_. *Pesquisa do Setor Informal no Brasil*. Web site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1997. Disponível em: < [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) > .

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Web site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1999. Disponível em: < [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) > .

LAZZARATO, M. E.; NEGRI, A. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A ed., 2001.

MACHADO, M. H. (Coord.) et al. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1997.

NOGUEIRA, R. P., GIRARDI, S. N. *Perfil do Emprego na Função Saúde*. Brasília: IPEA, 1999. Mimeografado.

POLANYI, K. *The Great Transformation*. New York: Rihnehart, 1944.

ZAYEN et al. *Economia Política da Saúde: uma perspectiva quantitativa*. IPEA, 1995. (Texto para discussão, n. 370).

# Educação Profissional em Enfermagem: uma releitura a partir do Censo Escolar 2001

## Professional Education in Nursing In Brazil

Júlio César França Lima

Doutorando em Educação pela PUC/SP

Ana Luiza Stiebler Vieira

Doutora em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz

Mônica Rodrigues Campos

Doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ

Monica Vieira

Doutoranda em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ

Renata Reis

Mestre em Saúde Pública pela EPSJV/Fiocruz

Sandra Rosa Pereira

Mestre em Saúde Pública pela EPSJV/Fiocruz

---

**Resumo:** Este artigo analisa o sistema formador de Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem, a partir do Censo Escolar 2001. A análise indica que, de todas as subáreas da Saúde, a Enfermagem é a principal em termos do número de estabelecimentos, cursos oferecidos e alunos matriculados. A formação está concentrada na Região Sudeste e é executada majoritariamente pelo setor privado e, no setor público, os governos estaduais são os principais executores. Observa-se que as mulheres representam mais de 84% dos alunos matriculados. Entretanto, os autores chamam a atenção para os limites do censo, pois este representa mais a realidade da oferta de cursos de técnicos de enfermagem do que os de auxiliares, para a necessidade de uma base de dados mais ampla dessa modalidade de ensino e de estudos qualitativos que permitam refletir de forma aprofundada a Educação Profissional em Saúde no País.

**Palavras-chave:** Educação Profissional; Enfermagem; Ocupações em Saúde; Recursos Humanos em Saúde.

**Abstract:** This article analyzes the training system for the Professional Education at Technical Level in Nursing, based on the Schooling Pool carried out in 2001. The analysis indicates that, out of all Health Sub-Areas, Nursing is the main one in terms of the number of facilities, courses provided and students enrolled. The training is concentrated at the Southeast region and is mostly executed by the private sector; in the public sector, State governments are the main executors. It can be noticed that women represent more than 84% of students enrolled. However, the authors call for attention to the Pool limitations, since it represents the reality of nursing technical courses supply rather than nursing assistant courses, besides pointing to the need for broader database on that education modality, as well as for qualitative studies that may allow for a deeper reflection on the Professional Education in Health in the country.

**Keywords:** Professional Education; Nursing; Health Occupations; Human Resources in Health.

---



## Introdução

Este artigo, desenvolvido pela Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde<sup>2</sup>, foi elaborado para o Sistema de Acompanhamento de Sinais de Mercado de Trabalho do Setor Saúde com Foco em Enfermagem (Rede SAMETS), um dos subcomponentes do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem do Ministério da Saúde (PROFAE/MS). Teve por objetivo analisar o sistema formador de Educação Profissional de Nível Técnico na subárea de Enfermagem, a partir do Censo Escolar, realizado em 2001, pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação (Inep/MEC), considerando os estabelecimentos, os cursos oferecidos e um breve perfil dos alunos matriculados, de acordo com a região geográfica e a dependência administrativa.

O Censo Escolar é uma base de dados que agrega informações estatístico-educacionais de âmbito nacional, abrangendo a Educação Básica em seus diferentes níveis: Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio. A partir de 2001, além das informações coletadas nos anos anteriores, que incluem dados sobre matrículas, concluintes, docentes e infraestrutura dos diversos níveis e modalidades de ensino, passou a levantar e incorporar também dados relativos à Educação Profissional de Nível Técnico em todas as áreas – agropecuária e pesca, indústria, comércio e serviços<sup>3</sup>. Na verdade, pode-se dizer, que é um projeto de governo que se viabiliza com uma defasagem de três décadas, pois a Lei nº 5.692/1971 – que reformulou o ensino de primeiro e segundo grau no País, na década de 70 do século passado, implantando compulsoriamente a terminalidade profissional atrelada a este último grau de ensino –, já previa “*que a parte especial do currículo, quando tratasse da iniciação e da habilitação profissional, fosse fixada em consonância com as necessidades do mercado de trabalho, de acordo com le-*

*vantamentos periódicos*” (Cunha, 1998, p.14).

Ou seja, não é uma idéia nova, ela reedita na atual conjuntura o entendimento de que a Educação Profissional deve adaptar-se às demandas do mercado de trabalho, fornecendo-lhe os recursos humanos necessários e assumindo, dessa forma, um forte caráter instrumental. Isso se expressa mais claramente nas diretrizes curriculares do Ensino Médio (Parecer da Câmara de Educação Básica (CEB) nº 15/1998 e Resolução nº 03/1998) e nas da Educação Profissional (Parecer CEB nº 16/1999 e Resolução nº 04/1999), que ao estabelecerem uma relação entre formação escolar e sistema produtivo de forma tão intensa e direta, pela via do modelo de competências, tornam difícil distinguir entre vínculo e subordinação.

Com a redução dos gastos sociais, em particular na Educação e na Saúde, e as precárias condições da rede pública de ensino e as deficiências na formação de professores, questiona-se sobre as condições objetivas para se ofertar uma Educação Profissional que seja capaz de responder à produção e à atualização do conhecimento tecnológico e atender às demandas emergentes e cambiantes do mercado. Isso exige investimentos em pessoal, equipamentos, estrutura, material didático etc., não necessariamente compatíveis com as demandas mais urgentes do mercado, as quais são, em muitos casos, de caráter estritamente pragmático (Ferretti, 1999).

---

2 Essa Estação de Trabalho iniciou suas atividades em 2000 e integra a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS), uma iniciativa da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil, conforme Portaria nº 26, de 21/9/1999. No início de 2002, essa estação passa a integrar a Rede SAMETS. Site: [www.fiocruz.br/epsjv/observa/](http://www.fiocruz.br/epsjv/observa/); e-mail: [observa@fiocruz.br](mailto:observa@fiocruz.br); telefone: (21) 3882-9021. Para correspondência: Av. Brasil, nº 4.036, sala 209, Manguinhos, Rio de Janeiro, CEP: 21040-361.

3 A Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde se insere na grande área serviço.

De todo modo, é válida a idéia de que o Censo Escolar permita orientar os governos federal, estadual e municipal no desenvolvimento de Políticas para a Educação Profissional, em particular em saúde, proposição que anima este trabalho. Neste estudo, os dados restringem-se ao nível técnico da subárea de Enfermagem, o que inclui os auxiliares – modalidade de curso de qualificação profissional, e os técnicos de nível médio – modalidade de curso de habilitação profissional, e a análise privilegia a dimensão estrutural em detrimento da dimensão conceitual da educação profissional, discutida por diversos autores (Ferretti, 1997; Hirata, 1994; Ramos, 2001; Tartuce, 2002).

#### A Educação Profissional em Enfermagem e o Sistema Único de Saúde

Os estudos disponíveis sobre o sistema formador em enfermagem indicam que a partir da década de 50 do século passado, no Brasil, ocorreram dois fenômenos associados: a progressiva expansão do ensino na área de Enfermagem concomitante com a expansão dos serviços médico hospitalares. Estudos realizados na segunda metade dos anos 80 (Silva, 1986; Melo, 1986) apontam que, até 1948, existiam seis cursos para auxiliares de enfermagem. No final da década de 50, havia 39 escolas de enfermagem e 67 cursos de auxiliares de enfermagem em todo o Brasil. A maioria desses cursos era mantida por entidades de direito privado e as escolas eram anexas aos hospitais. Ou seja, predominava a concepção, vigente até hoje, de que as escolas de enfermagem existem para prover os hospitais, de forma imediata, com pessoal de enfermagem necessário à manutenção da assistência clínico-hospitalar, por meio de cursos rápidos de treinamento e/ou atualização, principalmente para atendentes de enfermagem ou auxiliares de serviços médicos, e mesmo para os cursos profissionalizantes de auxiliares de enfermagem com exigência de escolaridade, o equivalente ao atual Ensino Fundamental. É des-

sa época a legitimação do pessoal auxiliar então existente, com a aprovação da Lei n° 795, de 6/8/1949, que, ao regular o ensino de enfermagem no País, cria oficialmente os cursos de auxiliares de enfermagem. A qualificação profissional de nível técnico de grau médio para o setor Saúde é permitida legalmente na década de 60, a partir da Lei n° 4.024/1961.

Nesse momento, ao assumir a posição central na prestação de serviços de saúde e detentor da infra-estrutura e dos equipamentos necessários à prestação de serviços de assistência à população, o hospital diversifica as especialidades, diferencia a mão-de-obra empregada e aprofunda a divisão técnica, particularmente no trabalho de enfermagem, com a criação da figura do técnico de enfermagem de nível médio em 1966. É uma época marcada pela apologia à tecnologia, reduzida aqui ao componente mecânico, microeletrônico ou “*ao conjunto dos instrumentos materiais de trabalho*” (Gonçalves, 1994, p.15). Em seu nome, dizia-se necessário qualificar os trabalhadores para que satisfizessem as necessidades de *modernização* da sociedade. A principal justificativa, daqueles que defendiam a generalização da formação profissional a esse nível de ensino, era a necessidade de um suposto mercado de trabalho dos técnicos de nível médio, surgida em decorrência do acelerado crescimento econômico entre 1968 e 1974, tempo do milagre econômico (Brum, 1991). Essa *nova* concepção educacional, a pedagogia tecnicista, materializou-se de forma acabada a partir da década de 70 com a Lei n° 5.692/1971. Essa lei reformulou o ensino de primeiro e segundo grau no País, implantando compulsoriamente a terminalidade profissional atrelada a este último grau de ensino, que teve como base e horizonte o fetiche e a mistificação do mercado de trabalho. Entretanto, as contradições entre essa proposta legal e as condições concretas do desenvolvimento capitalista no Brasil fizeram cair por terra o fetiche de engajamento automático de trabalha-

dores de nível médio em geral, e particularmente de técnicos de enfermagem, no mercado de trabalho em saúde. Essas contradições acabam por inviabilizar completamente a proposta de articulação entre educação e trabalho nos moldes da teoria do *capital humano* de Schultz (Lima, 1996).

Os estudos sobre mercado de trabalho em saúde (Medici, 1987; Nogueira, 1987), realizados a partir da década de 80, referendam essa assertiva, pois são unânimes em apontar que os serviços de saúde foram um importante pólo de criação de empregos e de absorção de mão-de-obra no período de 1960–1970, decorrente do modelo de saúde adotado que ampliava em larga escala a produção de serviços médico-hospitalares. Entretanto, os principais postos de trabalho criados privilegiaram, de um lado, a absorção de médicos e, de outro, os atendentes de enfermagem, “categoria profissional” de nível elementar (correspondente às primeiras quatro séries do atual Ensino Fundamental) que exercem atividades no setor Saúde sem qualificação escolar formal. Segundo levantamento realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), em 1983, embora a maior parcela tenha freqüentado cursos, na verdade estes caracterizavam-se por serem informais, sem exigência de escolaridade e ofertados por instituições privadas. Na área de Enfermagem, eram conhecidos como “cursos de garagem”, muito freqüentes até a segunda metade da década de 80 e que desapareceram por pressão do Cofen, criado em 1973 (Blank, 1987; Vieira, 1992). Nesse contexto, a partir dos anos 80, o setor público inicia um processo progressivo de institucionalização das práticas educativas no interior das Secretarias Estaduais de Saúde, com a criação e implementação dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos (Cendruh). A institucionalização desses centros assegurou a operacionalização do Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Saúde (*Projeto Larga Escala*), nos diversos estados brasileiros e a consti-

tuição progressiva das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS), bem como dos Centros de Formação de Recursos Humanos em Saúde (Cefor).

O Projeto Larga Escala foi construído como alternativa metodológica e estratégia político-pedagógica para resolver duas questões intimamente relacionadas: as demandas de qualificação de pessoal decorrentes da progressiva municipalização da saúde, que ocorre a partir dos anos 80, impulsionada pela reforma sanitária brasileira, e que se acelera nos anos 90; e a qualificação profissional do pessoal de saúde de nível médio e elementar, prioritariamente, tornar os atendentes em auxiliares de enfermagem, tendo em vista que, com a aprovação da Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7.498/1986 –, o Conselho Federal de Enfermagem proíbe a contratação de atendentes, estabelecendo o ano de 1996 como prazo final para que todos se tornassem auxiliares. Além disso, com a criação das ETSUS e dos Cefor buscava-se, por um lado, criar uma alternativa ao mercado educativo em saúde, representado pelos cursos privados de qualidade duvidosa, e por outro, romper com a prática persistente dos treinamentos em serviços, voltados apenas para a execução de tarefas específicas – *cuidados funcionais*<sup>4</sup> –, sem considerar a inserção e o contexto em que eram desenvolvidas as práticas desses trabalhadores.

---

4 Essa modalidade de cuidados de enfermagem é uma forma de organizar o trabalho, na qual o foco central são as tarefas e procedimentos, e não exatamente os pacientes. Emerge nos hospitais americanos, nas três primeiras décadas do século XX, em consequência do aumento do número de hospitais, do maior número de internações e da busca de diminuição do tempo de permanência dos pacientes no hospital. Por outro lado, expressa a divisão do trabalho na área, na medida que os cuidados de enfermagem, predominantemente manuais, ficam sob a responsabilidade dos atendentes de enfermagem e auxiliares de enfermagem. É uma fórmula que, no Brasil, se expande na década de 60 em decorrência do modelo de saúde adotado. Para maiores detalhes ver: Almeida, 1986; e Starr, 1991.

Podemos supor que a pressão do Cofen para a extinção dos “cursos de garagem”, aliada a operacionalização do Projeto Larga Escala em âmbito nacional, se não impediram a contratação de atendentes sob outras denominações, tanto pelos serviços públicos como privados de saúde, conforme estudos do PROFAE/MS e outros (Pires, 1998; Brasil/MS, 2001), contribuíram de maneira importante para a qualificação desse contingente. Em 1976, os atendentes detinham 35,8% do total dos empregos em saúde; em 1984, 29,9%; em 1992, 13,8% e, em 1999, 5,3% (Vieira, 1998; Vieira & Oliveira, 2001).

Por outro lado, embora a reestruturação produtiva no setor Saúde no Brasil ainda seja incipiente, podemos supor também que a progressiva extinção das atendentes de enfermagem decorre da própria concorrência entre as empresas médicas, principalmente entre aquelas que oferecem serviços considerados de ponta e que, ao incentivar outras estratégias empresariais que não implicam aumento de custos ou risco para a sua margem de lucro (como a terceirização, o uso de equipamentos de alta tecnologia etc.), permitem contratar pessoal de enfermagem com qualificação escolar mais elevada. A utilização desses mecanismos credencia o hospital a auferir maiores rendimentos ao promover e incentivar o uso de novas tecnologias e mão-de-obra com reconhecida qualificação em serviço, projetando uma boa imagem da assistência oferecida.

Nesse contexto, parece-nos que a extinção da oferta de cursos básicos de nível elementar na área de Enfermagem, de acordo com a nova legislação da Educação Profissional no País – Decreto nº 2.208/1997<sup>5</sup> –, é um fato irreversível, da mesma forma que parece haver uma tendência de elevação do patamar de escolaridade desses trabalhadores, privilegiando a formação de técnicos de enfermagem.

Segundo a nova legislação, a Educação Profissional conforma uma modalidade de ensino independente e complementar à educação básica, sen-

do organizada em três níveis. O nível *básico* refere-se aos cursos de curta duração, destinados a qualificar, requalificar e reprofissionalizar os trabalhadores em geral, jovens e adultos, independente de sua escolarização anterior. São cursos que não estão sujeitos a regulamentação curricular, pois são considerados modalidade de educação não-formal. O nível *técnico* destina-se àqueles que estejam cursando ou tenham concluído o Ensino Médio, com organização curricular própria e independente do Ensino Médio conferindo o certificado de auxiliar ou o diploma de técnico. O nível *tecnológico* compreende os cursos técnicos de nível superior que se destinam aos egressos do Ensino Médio e técnico. São estruturados em áreas especializadas para atender aos diversos setores da economia, conferindo o título de tecnólogo.

Ao analisar o Decreto da Educação Profissional, percebe-se que os cursos de nível básico e tecnológico não encontram correspondência na Lei nº 7.498/1986. Os primeiros não geram nenhum direito ao exercício profissional e os de nível tecnológico não equivalem ao exercício profissional de enfermeiro. Em caráter excepcional, os formandos dos cursos de tecnólogo poderão ser enquadrados, pelos Conselhos Regionais, na categoria de técnico de enfermagem, conforme Parecer 009, de 11/8/97, e Parecer 029, de 26/8/98, do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo<sup>6</sup>.

5 Esse Decreto regulamenta os artigos 39 a 42 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), promulgada em 1996. Posteriormente, com base neste, foram definidas as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico através do Parecer CEB nº 16/99 e Resolução nº 04/99.

6 De acordo com a Resolução Cofen nº 269, de 18/4/2002, é vetado o exercício profissional da enfermagem, a portadores de diploma em tecnólogo de enfermagem.

Os cursos de Educação Profissional que têm correspondência na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem são os de auxiliar e o de técnico de enfermagem. No primeiro caso, exige na matrícula a conclusão do Ensino Fundamental (antigo primeiro grau), conferindo ao final do curso certificado de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem. No segundo caso, exige que o aluno esteja cursando ou já tenha concluído o Ensino Médio (antigo segundo grau), conferindo diploma de habilitação profissional de técnico de enfermagem. Nesse sentido, de acordo com a nova legislação, o curso de auxiliar de enfermagem não é um curso de Educação Profissional de nível básico.

O Parecer 10/2000 da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação (CEB/CNE) é muito claro acerca dessa questão. Segundo a CEB/CNE, os cursos de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem de nível básico não estão sendo autorizados pelos Conselhos Estaduais de Educação. Muito pelo contrário, considerando que se trata de profissão regulamentada e formalmente reconhecida (Lei Federal nº 7.498, de 25/6/86 e Decreto Federal nº 94.406, de 8/6/87), e de ser uma ocupação que lida diretamente com a população em situações de risco, o parecer o reconhece como curso de Educação Profissional de Nível Técnico, exigindo como requisito mínimo para matrícula a conclusão do Ensino Fundamental. Por essa nova orientação, a qualificação profissional oferecida pelo PROFAE/MS, por exemplo, integrará o itinerário de profissionalização do técnico de enfermagem, bastando para isso, curso de complementação da carga horária teórica e prática. Essa modalidade de curso confere certificado (e não diploma) de qualificação profissional de nível técnico, com validade nacional, desde que o plano de curso seja devidamente aprovado pelo órgão próprio do respectivo sistema de ensino e por este devidamente inserido no Cadastro Nacional de Cursos de Nível Técnico

organizado pelo MEC (Brasil/MS, 2001)<sup>7</sup>.

#### A base de dados do Censo Escolar 2001

A análise dos dados do Censo Escolar permitiu constatar a reduzida oferta de cursos de auxiliar de enfermagem pelo sistema formador público e privado de Educação Profissional em Saúde, o que é contraditório com a dinâmica que se verifica desde a segunda metade do século XX no mercado de trabalho. Nota-se nesse período, como característica histórica, uma grande diferença entre a incorporação dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem no mercado de trabalho em saúde no País. Segundo a Pesquisa Assistência Médica Sanitária, em 1976, dos 184.386 empregos de enfermagem no País, 3.851 (2,1%) eram de técnicos, e 44.204 (24,0%) de auxiliares de enfermagem. Em 1984, do total de 316.057 empregos de enfermagem, 9.534 (3,0%) eram de técnicos e 100.034 (31,6%) de auxiliares. Em 1992, num quantitativo de 451.705 empregos, os técnicos ocupavam 36.433 (8,1%) e os auxiliares 231.415 (51,2%) empregos. Em 1999, dos 541.585 empregos da área de Enfermagem, os técnicos ocupavam 49.604 (9,2%) e os auxiliares, 339.766 (62,7%) (IBGE, 1976, 1984, 1992, 1999).

A mesma dinâmica pode ser observada ao longo dessas décadas, em relação ao número de profissionais registrados no Conselho Federal de Enfermagem. Em 1980, estavam registrados 3.146 técnicos e 35.894 auxiliares; em 1987, existiam 20.421 técnicos e 90.325 auxiliares de enfermagem. Em 1992, 42.645 técnicos e 160.492 auxiliares; e em 1999,

7 Para a continuidade dos estudos até a conclusão do curso de técnico de enfermagem, será exigida do aluno a comprovação de conclusão do Ensino Médio como condição necessária para a obtenção do diploma de técnico. Para elaboração do plano de curso, as instituições devem pautar-se pelas orientações do Parecer CNE/CEB nº 16/99 e Resolução CNE/CEB nº 04/99, bem como pelo que dispõe a legislação específica do exercício profissional.

64.173 técnicos e 293.156 auxiliares de enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 1980, 1987, 1992, 1999).

Tendo como hipótese à baixa cobertura do Censo Escolar, principalmente quanto à oferta de cursos de auxiliar de enfermagem no Brasil, buscou-se junto ao Cofen informações quanto ao número de instituições que oferecem cursos de técnico e de auxiliar de enfermagem por Unidade da Federação. O cadastro do Cofen não discrimina os estabelecimentos por vínculo institucional (público ou privado), fornecendo apenas o nome da instituição, o endereço e o curso oferecido.

A comparação entre as instituições que estão cadastradas no Cofen com as instituições respondentes ao Censo Escolar permitiu calcular o nível de cobertura desta base de dados. Constatou-se que os resultados considerados a partir do Censo Escolar 2001 expressam muito mais a realidade dos estabelecimentos com cursos de técnico de enfermagem do que aqueles com cursos de auxiliar de enfermagem, uma vez que os primeiros encontram-se três vezes mais representados do que os últimos. Em outras palavras, apenas 14% das instituições que ofertam cursos de auxiliar de enfermagem, cadastradas no Cofen, participaram do Censo, enquanto 49% das instituições com cursos de técnico de enfermagem, cadastradas no Cofen, estão representadas na base de dados, confirmando assim a baixa cobertura do censo em relação àqueles cursos.

Uma hipótese, levantada em função da baixa cobertura quanto a oferta de cursos de auxiliar de enfermagem no Brasil, pode estar relacionada ao fato de que muitas instituições que oferecem apenas o curso de auxiliar não responderam ao Censo Escolar. Essas instituições estão considerando os cursos de auxiliar de enfermagem como de nível básico e não de nível técnico, ou, ainda não reformularam o desenho curricular dessa modalidade de curso como parte do itinerário de formação do téc-

nico de enfermagem, conforme orientação do Parecer CEB/CNE 10/2000. Essa hipótese está baseada na análise dos dados do primeiro Censo da Educação Profissional, realizado em 1999, pelo INEP/MEC, que constatou que muitos cursos de auxiliar de enfermagem estão classificados como de nível básico.

### A análise do sistema formador de nível técnico de enfermagem

#### *Estabelecimentos e cursos de Educação Profissional em enfermagem*

Em 2001, o Censo Escolar contabilizou 2.334 estabelecimentos que atuavam com Educação Profissional de Nível Técnico em todas as áreas da economia do País – agropecuária e pesca, indústria, comércio e serviços. Desse universo, 785 (ou 33,6%) ofereciam pelo menos um curso de Educação Profissional na área de Saúde<sup>8</sup>, sendo que a grande maioria (570 ou 72,6%) constitui a estrutura de formação da subárea de Enfermagem no País.

Os 785 estabelecimentos de ensino de saúde ofereciam 1.201 cursos em diversas subáreas de formação<sup>9</sup>. Por ordem decrescente de oferta os cinco primeiros cursos identificados pelo Censo Escolar no Brasil, são: enfermagem (687 cursos ou 57,3%), segurança do trabalho (131 cursos ou 10,9%), saúde bucal (97 cursos ou 8,1%), radiologia e diagnóstico por imagem (75 ou 6,2%), e biodiagnóstico (70 cursos ou 5,8%). Das subáreas da Saúde, a Enfermagem é a que apresenta maior percentual de cursos, conforme ilustrado no Gráfico 1.

8 Constatou-se também a existência de 219 estabelecimentos que atuam com o Ensino Médio profissionalizante em saúde no Censo Escolar, cuja oferta abrange tanto o Ensino Médio, como a Educação Profissional, ainda sob os marcos da Lei n° 5.692/1971. Nesse trabalho, entretanto, optou-se por não analisar a oferta desse tipo de curso pelo fato de ser uma modalidade em extinção e, do ponto de vista quantitativo, não ser tão representativo quanto a Educação Profissional. Para essa análise consultar Lima *et al*, 2002.

9 Para uma discussão sobre a lógica de construção das áreas profissionais em geral e, particularmente na área de Saúde, definidas pelo MEC para a elaboração dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional, consultar Lima *et al*, 2002a.

Gráfico 1  
Distribuição Percentual de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde, Segundo Subárea de Formação. Brasil, 2001

Fonte: Censo Escolar 2001/MEC/Inep/SEEC.

A grande oferta de cursos na área de Enfermagem tem correspondência com o expressivo quantitativo de postos de trabalho no sistema de saúde. Em 1999, os dados da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (AMS/IBGE) apontavam que 28,6% do total de 1.891.552 postos de trabalho do setor Saúde existentes no Brasil eram ocupados pelas categorias de enfermagem. Dos 541.585 empregos na composição interna da equipe, os auxiliares e técnicos de enfermagem representavam, respectivamente, 62,7% e 9,2% do total de empregos. Enquanto os enfermeiros, categoria com maior nível de qualificação profissional, ocupavam apenas 13,0%, os atendentes – apesar de não serem oficialmente reconhecidos desde 1986 como uma categoria da equipe de enfermagem, por não possuírem qualificação específica regulada em lei –, detinham 15,1% dos postos de trabalho do setor no País (Vieira & Oliveira, 2001).

A oferta de cursos de Educação Profissional de Nível Técnico em En-

fermagem é bastante diferenciada entre as regiões. Segundo o Censo Escolar, 68,6% dos cursos encontram-se localizados na Região Sudeste. Os demais cursos, em ordem decrescente, estão distribuídos pelas regiões Sul (11,8%), Nordeste (11,2%), Centro-Oeste (4,5%) e Norte (3,9%). Essa grande oferta do sistema formador no Sudeste está relacionada à conformação do mercado de trabalho em saúde que esteve historicamente concentrado nesta região. Em 1985, 52,8% dos 983.969 empregos de saúde existentes estavam localizados no Sudeste. A mesma distribuição percentual foi verificada nessa região em 1999, concentrando 50,2% dos 1.891.552 empregos de saúde do País. (IBGE, 1984; 1999).

A formação na subárea de Enfermagem é majoritariamente executada por instituições particulares, que representam 84,7% da oferta de cursos de Educação Profissional de Nível Técnico de Enfermagem no País. Conforme Tabela 1, esta predominância na oferta de cursos privados é observada em todas as regiões brasileiras.

Tabela 1

Curso de Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem, Segundo Esfera Administrativa por Grandes Regiões. Brasil, 2001

Esfera Administrativa	Brasil		Grandes Regiões									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<b>Público</b>	<b>105</b>	<b>15,3</b>	<b>4</b>	<b>14,8</b>	<b>16</b>	<b>20,8</b>	<b>65</b>	<b>13,8</b>	<b>11</b>	<b>13,6</b>	<b>9</b>	<b>29,0</b>
Federal	19	2,8	1	3,7	9	11,7	3	0,6	6	7,4	0	0,0
Estadual	74	10,8	2	7,4	7	9,1	53	11,3	3	3,7	9	29,0
Municipal	12	1,7	1	3,7	0	0,0	9	1,9	2	2,5	0	0,0
<b>Privado</b>	<b>582</b>	<b>84,7</b>	<b>23</b>	<b>85,2</b>	<b>61</b>	<b>79,2</b>	<b>406</b>	<b>86,2</b>	<b>70</b>	<b>86,4</b>	<b>22</b>	<b>71,0</b>
Senac*	40	5,8	1	3,7	0	0,0	29	6,2	5	6,2	5	16,1
<b>Total</b>	<b>687</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>	<b>471</b>	<b>100,0</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Censo Escolar 2001/MEC/Inep/SEEC.

\* Senac – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

Quanto ao setor público, pode-se afirmar que a oferta de Educação Profissional em enfermagem encontra-se predominantemente localizada na esfera estadual, sendo a esfera federal superior apenas nas regiões Nordeste e Sul. A esfera municipal conta com reduzida capacidade instalada em todas as regiões brasileiras. Esses dados reforçam que, no âmbito do setor público, os governos estaduais têm participação importante na formação de técnicos de enfermagem primordialmente na Região Sudeste, que se somada à oferta do Centro-Oeste representam cerca de 83% do total da oferta desses cursos.

Segundo o levantamento efetuado, apenas seis Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde participaram do Censo Escolar 2001. Entre elas, a única escola federal localizada no Rio de Janeiro, quatro escolas estaduais localizadas nos estados de Alagoas, Mato Grosso, Paraíba e do Distrito Federal, e uma escola municipal localizada em Blumenau, no Estado de Santa Catarina. No País, existem 26 ETSUS em funcionamento, integrantes da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS)<sup>10</sup>. Do total de escolas que compõem atualmente a rede, 23 são vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde, duas pertencem à esfera municipal e uma à esfera federal. Elas oferecem cursos em diversas subáreas do setor Saúde, tais como: enfermagem, biodiag-

nóstico, farmácia, hemote-rapia, nutrição e dietética, radiologia e diagnóstico por imagem, reabilitação, saúde bucal, segurança do trabalho, saúde mental, vigilância sanitária, gestão em saúde e registros e informações em saúde.

A baixa representatividade dessas escolas na base de dados do censo, pode ser um indicativo da precária cobertura do universo de instituições que atuam com a Educação Profissional em Saúde no País, com conseqüente subestimação da oferta de cursos de Educação Profissional nas diversas regiões brasileiras, conforme Lima *et al* (2002, 2002a) detectaram em recente estudo.

10 Essa rede foi criada pela Portaria Ministerial nº 1.298/2000. A condução político-administrativa da rede é realizada pela Comissão Geral de Coordenação, constituída por representantes da Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos (CGPRH), do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde e das Escolas Técnicas dos SUS. A Secretaria Técnica está sediada na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Ver [www.fiocruz.br/epsjv/retsus](http://www.fiocruz.br/epsjv/retsus).

Atualmente, o PROFAE/MS, diante do contexto de reformas do aparelho de Estado, a reforma educacional e a reforma sanitária brasileira, redefine a missão e o papel das ETSUS. Reconhecendo a diversidade dessas instituições sob o ponto de vista organizativo, tecnológico e jurídico-administrativo, e considerando as perspectivas de sustentabilidade das iniciativas de qualificação de pessoal de nível médio em saúde, o MS propõe que as ETSUS sejam fortalecidas na sua capacidade de *ordenar a formação da Educação Profissional de nível básico, técnico e pós-técnico em saúde*, atendendo às necessidades de saúde da população, às demandas do SUS e do mercado de trabalho em saúde, e visando à melhoria da assistência prestada em todos os níveis de atenção.

Ao relacionarmos os 570 estabelecimentos de Educação Profissional que oferecem cursos na área de Enfermagem com o total de cursos nessa subárea (687 cursos), verifica-se que é oferecido, em média, 1,2 curso por instituição. Essa mesma média vale para o setor privado, reduzindo-se para 1,1 curso por instituição quando a análise restringe-se ao setor público de ensino. Observando essa relação por grandes regiões, a média encontrada passa a ser de 1,2 curso por instituição de ensino no Nordeste e no Sudeste; de 1,1 no Norte e no Sul e de 1,3 no Centro-Oeste.

Quanto ao total de cursos técnicos em enfermagem, o Censo Escolar

2001 aponta que, a grande oferta centra-se na formação do técnico de enfermagem (492 cursos), vindo a seguir os cursos de auxiliares (135 cursos). Entretanto, podemos considerar conforme discutido anteriormente, que a cobertura alcançada pelo Censo 2001 ainda representa um quantitativo insuficiente para um diagnóstico acurado da realidade, quando comparamos os dados disponíveis nessa base de dados para a subárea de Enfermagem com o cadastro de estabelecimentos do Conselho Federal de Enfermagem.

*Um retrato dos alunos da área de Enfermagem no País*

Em 2001, o Censo Escolar registrou 107.581 matriculados nos cursos de Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde. Desse total, 71.691 matrículas (66,6%) foram registradas nos cursos de auxiliar ou de técnico de enfermagem.

Ao analisar as matrículas dos cursos de Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem por região e esfera administrativa, verificou-se a mesma tendência relacionada à distribuição de cursos. As matrículas estão concentradas na Região Sudeste e 84,5 % localizam-se nas instituições privadas. Em relação aos dados específicos do setor público, verifica-se significativa representatividade da esfera estadual na oferta de vagas, exceto na Região Sul, conforme Tabela 2.

Tabela 2  
Matriculados em Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem, Segundo Esfera Administrativa por Grandes Regiões. Brasil, 2001

Esfera Administrativa	Brasil		Grandes Regiões									
			Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<b>Público</b>	<b>12.177</b>	<b>17,0</b>	<b>215</b>	<b>5,8</b>	<b>3.390</b>	<b>34,2</b>	<b>6.635</b>	<b>15,5</b>	<b>965</b>	<b>8,1</b>	<b>972</b>	<b>30,7</b>
Federal	1.533	2,1	63	1,7	862	8,7	111	0,3	497	4,2	0	0,0
Estadual	9.552	13,3	107	2,9	2.528	25,5	5.694	13,3	251	2,1	972	30,7
Municipal	1.092	1,5	45	1,2	0	0,0	830	1,9	217	1,8	0	0,0
<b>Privado</b>	<b>59.514</b>	<b>83,0</b>	<b>3.489</b>	<b>94,2</b>	<b>6.531</b>	<b>65,8</b>	<b>36.308</b>	<b>84,5</b>	<b>10.989</b>	<b>91,9</b>	<b>2.197</b>	<b>69,3</b>
Senac	2.298	3,2	29	0,8	0	0,0	1287	3,0	676	5,7	306	9,7
<b>Total</b>	<b>71.691</b>	<b>100,0</b>	<b>3.704</b>	<b>100,0</b>	<b>9.921</b>	<b>100,0</b>	<b>42.943</b>	<b>100,0</b>	<b>11.954</b>	<b>100,0</b>	<b>3.169</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Censo Escolar 2001/MEC/Inep/SEEC.

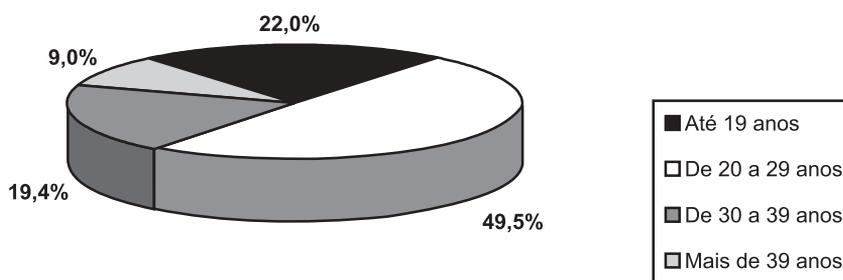
Considerando o total dos cursos e de alunos matriculados na Educação Profissional em enfermagem no País, existem em média 102 alunos por curso nas instituições privadas e 116 alunos por curso nas instituições públicas, demonstrando que a procura para os cursos públicos é maior e apontando para uma potencial demanda reprimida, dada a menor oferta de cursos públicos no País. Regionalmente, o Sul apresenta a maior média, incluindo público e privado, entre o total de alunos e de cursos (148); seguida do Norte (137), do Nordeste (129), do Centro-Oeste (102), e do Sudeste (91). Assim, o Sudeste que detém o maior número de estabelecimentos e de cursos no País, apresenta comparativamente menor procura para a formação em enfermagem, devido provavelmente, à existência de ampla oferta de formação em diversas áreas e subáreas profissionais, tanto no setor Saúde quanto nos diferentes setores da economia.

Em relação aos cursos de técnico de enfermagem a média nacional é de 105 alunos matriculados por curso e de 111 alunos para os cursos de auxiliar expressando assim, a preferência um pouco maior para a formação auxiliar. Nos cursos de técnico, a Região Norte tem uma média de 159 alunos matriculados por curso; no Sul, de 145; no Centro-Oeste, de 119; no Nordeste, de 100; e no Sudeste, de 93 alunos. Nos cursos de auxiliar, esta média é de 230 no Nordeste; 165 no Sul; 95 no Sudeste; 81 no Centro-Oeste; e de 59 alunos matriculados por curso na Região Norte.

A partir dos dados do Censo Escolar também é possível traçar um breve perfil dos alunos matriculados na Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem. Os grupos etários predominantes entre os inscritos nos cursos são de até 19 anos (22%) e de 20 a 29 anos (49,5%). Apenas 19,4% dos alunos encontram-se na faixa etária de 30 a 39 anos e 9,0% com mais de 39 anos (Gráfico 2).

Gráfico 2

Alunos Matriculados em Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem, Segundo Faixa Etária. Brasil, 2001



Fonte: Censo Escolar 2001/MEC/Inep/SEEC.

Esses dados afastam-se um pouco do encontrado no levantamento dos inscritos realizado pelo PROFABE, no período de setembro de 1999 a fevereiro de 2000, quando se identificou a demanda para os cursos de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem. Nesse cadastramento, inscreveram-se 128.993 trabalhadores, sendo que os grupos etários predomi-

nantes foram de 31 a 40 anos (com 36,8% dos inscritos) e de mais de 41 anos (com 40,0%). Apenas 1,2% dos inscritos tinham até 20 anos e 21,9% tinham entre 21 a 30 anos (Brasil/MS, 2001). Essa diferença pode ser explicada pelo fato dos cursos do PROFABE voltarem-se para qualificação dos auxiliares de enfermagem, enquanto que o censo escolar expressou mais

a demanda pela habilitação em técnico de enfermagem conforme já explicitado anteriormente. Ou seja, a habilitação em técnico de enfermagem é composta por alunos mais jovens que os que procuram a qualificação em auxiliar de enfermagem, sinalizando a busca dos jovens para maior qualificação e possivelmente melhor inserção no mercado de trabalho.

Em relação ao perfil dos alunos segundo sexo, os homens são maioria em quase todos os cursos de nível técnico oferecidos nas grandes áreas de atividades econômicas; as mulheres são maioria apenas na grande área Serviços, em que elas representam 52,5% do total de alunos dos cursos

de nível técnico da área. Isso se deve, principalmente, a maior concentração de mulheres nos cursos de administração, contabilidade e saúde (Lima *et al*, 2002).

Na Saúde, verifica-se que, no Brasil, mais de 76% dos alunos são do sexo feminino. Nos cursos de enfermagem, as mulheres são mais de 85% do total de matriculados nesta subárea, sinalizando assim que a enfermagem é o carro-chefe da *feminização* da Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde, pois conforme mencionado, o total de matrículas nessa subárea equivale a 66,6% de todas as matrículas dos cursos da área de Saúde (Tabela 3).

Tabela 3  
Alunos Matriculados em Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico na Área de Saúde e na Subárea de Enfermagem, Segundo Sexo por Grandes Regiões. Brasil, 2001

	Brasil e Grandes Regiões	Sexo				Total	
		Masculino		Feminino		nº	% linha
		nº	% linha	nº	% linha		
Área da saúde	<b>Brasil</b>	<b>25457</b>	<b>23,7</b>	<b>82124</b>	<b>76,3</b>	<b>107581</b>	<b>100,0</b>
	Norte	615	14,6	3602	85,4	4217	100,0
	Nordeste	1717	15,5	9332	84,5	11049	100,0
	Sudeste	18218	25,5	53235	74,5	71453	100,0
	Sul	3966	24,3	12384	75,7	16350	100,0
	Centro-Oeste	941	20,9	3571	79,1	4512	100,0
Subárea de Enfermagem	<b>Brasil</b>	<b>10537</b>	<b>14,7</b>	<b>61154</b>	<b>85,3</b>	<b>71691</b>	<b>100,0</b>
	Norte	440	11,9	3264	88,1	3704	100,0
	Nordeste	1252	12,6	8669	87,4	9921	100,0
	Sudeste	6585	15,3	36358	84,7	42943	100,0
	Sul	1863	15,6	10091	84,4	11954	100,0
	Centro-Oeste	397	12,5	2772	87,5	3169	100,0

Fonte: Censo Escolar 2001/MEC/Inep/SEEC.

Os dados do Censo Escolar apontam para uma tendência à incorporação maciça das mulheres no mercado de trabalho em saúde, além de reforçar análises relacionadas a este mercado. Estudos anteriores (Médici, 1987; Nogueira, 1987; Machado, 1997) já sinalizam para uma hegemonia feminina no perfil dos trabalhadores de saúde a partir da década de 80, do século passado, especialmente nas atividades diretamente relacionadas ao cuidado, como na área de Enfermagem. Nesse caso, pode-se dizer, que naquele momento ocorre apenas a exacerbação da incorporação das mulheres

nesse trabalho, não se tratando de um fenômeno novo, pois historicamente é uma profissão exercida majoritariamente por mulheres.

Parece-nos que isso decorre de uma determinada concepção que entende as atividades de cuidado como uma característica supostamente inata, própria à natureza biológica das mulheres e não como uma construção social das distinções sexuais, que dão significado às relações de poder entre homens e mulheres, às relações de gênero. Kergoat (1989) aponta que é como se existisse uma “natureza”

feminina, produto de um destino biológico e não um “construto social” que tem uma base material – a divisão sexual do trabalho – e não apenas ideológica, resultante de relações sociais, que remete o homem para o espaço público e as mulheres, prioritariamente, para o espaço privado. Na verdade, as empresas de saúde já encontram na sociedade qualificações construídas pelas mulheres em diferentes processos e instituições sociais, como a família, que as qualificam socialmente para exercerem as atividades de cuidados de enfermagem, mas que não são, entretanto, reconhecidas pelos empregadores como qualificações, mas como *qualidades*, o que tem importantes implicações seja para a remuneração do trabalho, seja para o prestígio social da profissão.

De fato, hoje, 90% dessa categoria é composta por uma *hierarquia de mulheres* da qual fazem parte a atendente de enfermagem, a auxiliar de enfermagem, a técnica de enfermagem e a enfermeira de nível superior, constituindo o que alguns autores denominam de “profissão gueto”, responsáveis pelo cuidado de saúde e que, juntas, representam mais de 40% do total de trabalhadores em alguns estabelecimentos hospitalares (Lopes *et al*, 1996). Alguns estudos já enumerados indicam que essa hierarquia está diminuindo, pela extinção da ocupação de atendente de enfermagem, que ao nosso ver ocorre por três ordens de questões: a) da pressão da própria categoria de enfermagem que, desde 1986, com a aprovação da Lei do Exercício Profissional – Lei nº 7.498/1986 –, proíbe a contratação de atendentes pelos serviços públicos e privados de saúde; b) pela organização das Escolas Técnicas de Saúde do SUS, desde os anos 80, criadas com o objetivo central de oferecer cursos de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem às atendentes já empregadas no setor, fortalecidas atualmente com a operacionalização e atuação do PROFAE/MS; e por último, c) decorre da própria concorrência entre as empresas médicas, prin-

cipalmente entre aquelas que oferecem serviços considerados de ponta, que incentivam a contratação de pessoal de enfermagem com qualificação escolar mais elevada, concomitante com o incipiente processo de reestruturação produtiva do setor (Pires, 1998).

Até a década de 70, a participação feminina no conjunto da força de trabalho de saúde era relativamente reduzida. Entre 1970 e 1980, a participação feminina nas atividades de saúde evoluiu de 41,5% para 62,9%, indicando, portanto, ao longo da década uma hegemonia feminina no perfil dos trabalhadores de saúde. O maior peso das mulheres na composição relativa do emprego ocorreu mais acentuadamente com profissionais de formação universitária, com tendência similar, embora menos intensa, também para os trabalhadores de saúde de nível médio e elementar (Médici, 1987). Com base nas Pesquisas Assistência Médica Sanitária do IBGE, Vieira (1998) verifica que a profissão de nível superior que mais cresceu na composição percentual do total de postos de trabalho em saúde, no período 1976–1992, foi a enfermagem, seguida da odontologia e da psicologia. Na profissão médica, o fenômeno de *feminização* é marcante. Na década de 70, 11% dos profissionais eram mulheres; passando para 22% na década seguinte. Em 1995, 32% do total desses profissionais eram mulheres; no entanto, no mesmo ano, verificou-se que quase a metade do contingente médico com menos de 30 anos era do sexo feminino (Machado, 1997). Com relação aos trabalhadores de nível médio, os dados apontam que já em 1970, 59,2% desta força de trabalho era feminina, ampliando-se para 68,8% em 1980.

### Considerações finais

Esse trabalho teve como objetivo analisar o sistema formador de Educação Profissional de Nível Técnico na subárea de Enfermagem, a partir da base de dados do Censo Escolar 2001, que incorporou pela primeira vez informações estatístico-educacio-

nais dessa modalidade de ensino. Na análise verificou-se a ausência de importantes instituições de Educação Profissional em Saúde, tais como as que compõem a Rede de Escolas Técnicas do SUS, o que pode estar relacionado ao fato do Censo Escolar ter sido operacionalizado num momento de transição e adaptação do sistema formador, particularmente em saúde, às novas orientações da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), expressas nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Entretanto, o mais importante é que a partir do confronto dos dados censitários com o cadastro do Cofen, verificou-se que a cobertura do censo está aquém da realidade, principalmente no que diz respeito à oferta de cursos de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem, expressando muito mais a realidade da oferta de cursos de habilitação profissional de técnico de enfermagem. A baixa cobertura pode ser explicada pelo fato das instituições ainda considerarem os cursos de auxiliar como de nível básico ou ainda por não terem reformulado o desenho curricular dessa modalidade de curso como parte do itinerário de formação do técnico de enfermagem.

Numa análise do primeiro Censo da Educação Profissional, realizado em 1999 (organizado especificamente para esse fim, e mais abrangente, pois coletou dados sobre os três níveis: básico, técnico e tecnológico), detectou-se que muitos cursos de auxiliar de enfermagem estão classificados como de nível básico, ao mesmo tempo que revela que os cursos de nível tecnológico ainda são incipientes no setor Saúde. Nesse sentido, considerando a necessidade de ampliar as possibilidades dos estudos relacionados ao mapeamento da Educação Profissional em Saúde e o contínuo monitoramento da oferta de cursos, é lamentável que o Censo Escolar privilegie apenas a coleta de dados do nível técnico. Essa alternativa aponta para um duplo problema: a perda de conteúdo e a fragmentação da base de dados da Educação

Profissional no País, pois o Inep/MEC não mais incorpora informações sobre os cursos de nível básico e os dados sobre o nível tecnológico foram incorporados ao Censo do Ensino Superior, ou seja, para uma mesma modalidade de ensino temos atualmente duas bases de dados diferenciadas, o que sobrecarrega sobremaneira a coleta de informações sobre a Educação Profissional em geral, e particularmente, na área da Saúde. Ao não incorporar doravante informações sobre os cursos básicos, o Censo Escolar impede que se confirme a continuidade, ou não, da oferta de cursos, por exemplo, de atendentes de enfermagem, ou, cursos que sob outras denominações que tem a mesma base curricular, uma tendência apontada no estudo realizado pelo Programa de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (Castillo & Manfredi, 1999).

Sendo assim, a tendência de extinção da ocupação de atendente de enfermagem, esboçada ao longo desse trabalho, deve ser tratada com cuidado, pois muitas empresas de saúde só trocaram o nome dessa ocupação, apesar da proibição determinada pela Lei nº 7.498/1986, conforme apontam diversos estudos (Pires, 1998; Brasil/MS, 2001; Vieira & Oliveira, 2001). Por outro lado, a incorporação desses dados permitiria verificar outras questões que não são passíveis de abordar quando a análise se restringe ao nível técnico, como por exemplo, a tendência do “mercado educativo em saúde” em privilegiar a oferta de cursos básicos, de baixo custo, apesar de sua importante presença na oferta de cursos técnicos (Lima *et al.*, 2002a).

Apesar dos limites do Censo Escolar, a análise do banco de dados revelou que, de todas as subáreas profissionais ou tecnológicas de nível técnico na área de Saúde, a enfermagem constitui a principal subárea em termos do número de estabelecimentos, número de cursos oferecidos e de alunos matriculados, o que é coerente com a própria estrutura do mercado de trabalho no setor, dado o expressivo quantitativo desses postos de

trabalho no sistema de saúde, inclusive no que diz respeito a concentração da estrutura de formação na Região Sudeste, onde estão localizados a maioria dos empregos em saúde.

A Educação Profissional de Nível Técnico em Enfermagem é executada majoritariamente pelo setor privado e, no âmbito do setor público, os governos estaduais têm uma participação importante na formação técnica nessa subárea. Entretanto, considerando a relação entre o total de cursos e de alunos matriculados na subárea de Enfermagem observa-se que, a procura por cursos públicos é maior, apontando assim para uma potencial demanda reprimida, dada a menor oferta de cursos públicos no País.

Com relação a faixa etária dos alunos, os dados apontam para uma demanda mais jovem para os cursos de Educação Profissional de Nível Técnico de Enfermagem, porém isso também deve ser tratado com cuidado já que o censo não representa a realidade da oferta de cursos de auxiliar de enfermagem no País. Quanto ao sexo, pode-se afirmar que a enfermagem é o carro-chefe da *feminização* da Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde.

Finalmente, cabe apontar para duas questões relevantes: o monitoramento da Educação Profissional em Saúde e a construção de um novo perfil profissional. A primeira refere-se à necessidade de ampliar a base de dados dessa modalidade de ensino pela incorporação de outras variáveis, tais como, o número de docentes por subárea profissional, o perfil do docente, informações sobre os alunos trabalhadores, entre outros. Do ponto de vista qualitativo, exige-se pensar em outros desenhos metodológicos ou na utilização de outros recursos de abordagem do problema, que permitam refletir de forma aprofundada a realidade da Educação Profissional em Saúde no País, em particular na enfermagem, tendo em vista a construção de um novo modelo de saúde que tenha como base as necessidades sociais de saúde e não

apenas as exigências do mercado de trabalho setorial, em que predomina o perfil clínico-hospitalar. A progressiva municipalização dos serviços de saúde e a expansão da oferta de atenção básica ocorrida nos últimos anos, se por um lado, abre espaço para a mudança do modelo de atenção à saúde, por outro, aponta para a construção de um perfil profissional baseado nas necessidades de saúde da população e na perspectiva de atuação em ações intersetoriais de promoção à saúde.

---

### Referências bibliográficas

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.

BLANK, Vera Lúcia Guimarães. *Contribuição ao estudo da prática de enfermagem*. 1987. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

BRASIL. Ministério da Educação. *Decreto n° 2.208, de 17/04/97*. Regulamenta o § 2° do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei n° 9.394, de 20/12/96. 1997.

\_\_\_\_\_. *Parecer CNE/CEB n° 16/99. Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico*. Brasília: MEC, 1999.

\_\_\_\_\_. *Censo da Educação Profissional. Resultados 99*. Brasília: Semtec; Inep; MEC, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Formação*, Brasília, v. 1, n. 1, jan. 2001.

BRUM, Argemiro J. *O desenvolvimento econômico brasileiro*. 10. ed. Petrópolis: Vozes; FIDENE, 1991.

CASTILLO, Alcira, MANFREDI, Maricel. *Estudio sobre la situación de la formación de personal técnico en salud: algunos países de la Región*. Washington, D.C.: OPS, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Cofen). *Unidade de Registro e Cadastro*. Rio de Janeiro, 1980.

\_\_\_\_\_. *Unidade de Registro e Cadastro*. Rio de Janeiro, 1987.

\_\_\_\_\_. *Unidade de Registro e Cadastro*. Rio de Janeiro, 1992.

\_\_\_\_\_. *Unidade de Registro e Cadastro*. Rio de Janeiro, 1999.

\_\_\_\_\_. *Cadastro de estabelecimentos com cursos técnicos em enfermagem*. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/index.asp>

CUNHA, Luiz Antônio. Ensino médio e ensino profissional: da fusão à exclusão. *Revista Tecnologia e Cultura*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 2, jul./dez. 1998.

FERRETTI, Celso João. Formação profissional e reforma do ensino técnico no Brasil: anos 90. *Educação & Sociedade*, ano XVIII, n. 59, ago. 1997.

\_\_\_\_\_. *Comentários sobre o documento diretrizes curriculares para a educação profissional de nível técnico*. São Paulo: MEC/CNE, maio 1999. Mimeografado.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.

HIRATA, Helena. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: FERRETTI, Celso João et al. *Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

IBGE. *Estatísticas da Saúde: Assistência Médica Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 1976. v. 1, 70 p.

\_\_\_\_\_. *Estatísticas da Saúde: Assistência Médica Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 1984. v. 9, 70 p.

\_\_\_\_\_. *Estatísticas da Saúde: Assistência Médica Sanitária*. Rio de Janeiro: IBGE, 1992. v. 17, 155 p.

\_\_\_\_\_. *Estatísticas da Saúde: Assistência Médica Sanitária*. Rio de Ja-

neiro: IBGE, 1999. 106 p.

KERGOAT, Danièle. Da divisão do trabalho entre os sexos. Tradução: Helena Hirata. *Tempo Social*. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 88-96, 2º sem., 1989.

LIMA, Júlio César França Lima. Tecnologias e a Educação do Trabalhador em Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 31-45.

LIMA, Júlio César França et al. *Análise da oferta de educação profissional de nível técnico em enfermagem no Brasil: Relatório Final*. Brasília: MS; PROFAE; SAMETS, ago. 2002.

\_\_\_\_\_. *Mapeando a educação profissional de nível técnico em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, out. 2002. Mimeografado.

LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina (Orgs.). *Gênero & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MACHADO, Maria Helena (Coord.). *Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MEDICI, André Cezar. A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70: percalços e tendências. In: MEDICI, André Cezar (Org.). *Textos de apoio. Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: PEC; ENSP; Abrasco, 1987. p. 39-50.

MELO, Cristina Maria Meira de. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde. In: MEDICI, André Cezar (Org.). *Textos de apoio. Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: PEC; ENSP; Abrasco, 1987. p. 13-18.

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

RAMOS, Marise Nogueira. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

SILVA, Graciette Borges da. *A enfermagem profissional: análise crítica.* São Paulo: Cortez, 1986.

STARR, Paul. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América.* Tradutor: Agustín Bárcena. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.

TARTUCE, Gisela Lobo Baptista Pereira. *O que há de novo no debate da "qualificação do trabalho"? Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville.* 2002. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. *O atendente de enfermagem no estado do Rio de Janeiro: classificação da demanda para a profissionalização.* 1992. Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_ (Org.). *Trabalhadores de saúde em números.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; OLIVEIRA, Eliane dos Santos. A equipe de enfermagem no mercado de trabalho em saúde no Brasil. *Saúde em debate.* Rio de Janeiro, v. 25, n. 57, jan./abr. 2001. p. 63-70.

# Classificação Brasileira de Ocupações - 2002 perspectivas para análise do mercado de trabalho em Saúde com o foco na Enfermagem

## Brazilian Classification of Occupations - 2002 perspectives for analysis of labor market in Health focusing on Nursing

Célia Regina Pierantoni

Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ

Thereza Christina Varella

Doutoranda do Programa de Saúde Coletiva do IMS/UERJ

---

**Resumo:** A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é um documento que reconhece, nomeia e codifica títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Tem como função, tanto servir como instrumento básico de informação para indicar a conformação do mercado de trabalho, como para definição e execução de políticas e programas de equilíbrio deste mercado. Destina-se ao desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre mercado de trabalho, política de emprego e de formação profissional, orientação para definição e investimentos tecnológicos e como base informativa para os censos demográficos.

Neste artigo buscou-se estabelecer uma comparação entre a CBO 1994 e a CBO 2002, focando a atenção nas ocupações da saúde. Resgatou-se, em parte, a sua historicidade, a justificativa de sua atualização bem como a metodologia utilizada neste processo. Foram feitos destaques nas mudanças estruturais observados na nova CBO, particularmente aquelas que poderiam interferir na análise das ocupações da saúde.

O estudo procurou estabelecer um paralelo entre os títulos ocupacionais da saúde que são referidos no mercado de trabalho com as especialidades reconhecidas pelos órgãos reguladores do exercício das profissões. Colocou em destaque as ocupações da área de Enfermagem, apontando os sinais indicativos de mudanças na configuração deste mercado. Pretendeu, assim, por fim, evidenciar as mudanças mais significativas que podem sinalizar transformações no mercado de trabalho em saúde, centrando a análise nas ocupações de enfermagem e levantando questões prospectivas sobre o conjunto destas ocupações.

**Palavras-chave:** Ocupações; Mercado de Trabalho; Recursos Humanos em Saúde.

**Abstract:** The Brazilian Classification of Occupation is a document that recognizes, assigns and codifies titles and contents to the Brazilian labor market occupations. It is aimed at serving as basic information tool for pointing out the labor market conformation, as well as at defining and executing policies and programs on balance to that market. It is addressed to the development of studies and researches on labor market, job policy and professional qualification, guidance for the technological definition and investments, as well as an informative basis for demographic pools. This article seeks for establishing a comparison between the 94 and the 2002 Brazilian Classification of Occupation, focusing the attention on health field occupations. It has partially rescued CBO history, the rationale for its updating, as well as the methodology used for such process. It stressed out significant structural changes observed in the new BCO, especially those that might come to interfere on the analysis on health occupations.

The study pursued tracing a parallel between the health occupational titles referred to in the labor market, and the specialties recognizes by the regulating bodies for exercising the professions. The nursing field was highlighted, pointing out those signals indicating changes on the configuration of such market.

Finally, it intended to evidence the most significant changes that may point out changes in the health labor market, focusing the analysis on nursing occupations and raising prospective issues on the set of such occupations.

**Keywords:** Occupations; Labor Market; Human Resources in Health.

---



## Introdução

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é um documento que reconhece, nomeia e codifica títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Esse instrumento normalizador teve inicialmente como base o Cadastro Brasileiro de Ocupações<sup>4</sup>, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO) da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Só em 1975, foi apresentado o primeiro projeto de estrutura da CBO, e no final de 1977, a publicação do documento<sup>5</sup>, como resultado de um convênio assinado entre o Brasil e as Nações Unidas em 1972. A CBO 1994 foi elaborada a partir de ajustes ao documento de 1977 e com base na CIUO 68.

A CBO tem como função, tanto servir como instrumento básico de informação para indicar a conformação do mercado de trabalho, como para definição e execução de políticas e programas de equilíbrio deste mercado. Assim, a CBO destina-se ao desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre mercado de trabalho (surgimento e desaparecimento de ocupações), política de emprego e de formação profissional (reconversões e requalificações ocupacionais), orientação para definição e investimentos tecnológicos e como base informativa para os censos demográficos. O fato de servir a um conjunto heterogêneo de usuários implica constituir-se em um instrumento fundamentado em critérios uniformes, porém, com a flexibilidade necessária para cada um de seus usos.

Entretanto, a multiplicidade de classificações ocupacionais utilizadas no País dificultava a comparabilidade entre os usuários de diferentes fontes de informação. Assim, como resultado de um trabalho conjunto entre o MTE e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foi publicado, em 1996, a Tábua de Conversão, que permite comparar as estatísticas de ocupação do IBGE com os registros administrativos que utilizam

a CBO – a Relação Anual de Informações Sociais (Rais); o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged); o Seguro-desemprego; as estatísticas de mortalidade do Ministério da Saúde; a Receita Federal para a identificação da ocupação no Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF); o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) para os processos de aposentadoria; e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).

As mudanças econômicas e produtivas, impulsionadas pelo processo de globalização, estão promovendo profundas alterações na configuração das ocupações, e a CBO é um indicador para orientar governo, empresários, trabalhadores e instituições de educação profissional a buscar políticas eficazes para atender às reais necessidades do mundo do trabalho. Dessa forma, também, uma valiosa ferramenta de trabalho para a definição de propostas curriculares a serem adotadas pelas instituições de formação profissional, articulando as demandas do trabalho aos projetos educacionais.

Enfim, consiste em uma fonte de informações sobre todas as ocupações existentes no mercado de trabalho brasileiro, cuja finalidade é servir como referencial para as políticas de emprego, de formação profissional, plano de cargos e salários, estudos ocupacionais, censos demográficos, estatísticas de mercado e orientação de investimentos.

O trabalho ora apresentado estabelece uma comparação entre a CBO 1994 e a CBO 2002, e foca a atenção nas ocupações da saúde, salientando mudanças significativas que podem sinalizar transformações no mercado de trabalho, e, por fim, concentra a análise nas ocupações de enfermagem, levantando questões prospectivas sobre o conjunto destas ocupações.

4 Elaborado pelo Ministério do Trabalho em 1971 com a descrição de 503 ocupações extraídas de 103 planos de cargos enviados ao MT. (Brasil, MT, CBO/94, 2000).

5 Por meio da Portaria nº 3.654, de 24/11/77, e publicada no Diário Oficial de 30/11/77.

## Estrutura da CBO 1994

A Classificação Brasileira de Ocupações apresenta uma ordenação das várias categorias ocupacionais, tendo em vista a analogia dos conteúdos de trabalho e as condições exigidas para o seu desempenho. A categoria ocupacional é um conceito genérico, aplicável a qualquer agrupamento classificatório de realidades do trabalho, enquanto a ocupação é o agrupamento de tarefas, operações e outras manifestações que constituem as obrigações atribuídas a um trabalhador e que resultam na produção de bens e serviços.

As categorias ocupacionais que compõem a estrutura da CBO são: grandes grupos, subgrupos, grupos de base e ocupações.

- **Grande grupo:** é a categoria de classificação mais agregada. Reúne amplas áreas de emprego, mais do que tipos específicos de trabalho. Por força de sua amplitude, nem sempre se estabelecem inter-relações dos conjuntos aí reunidos.

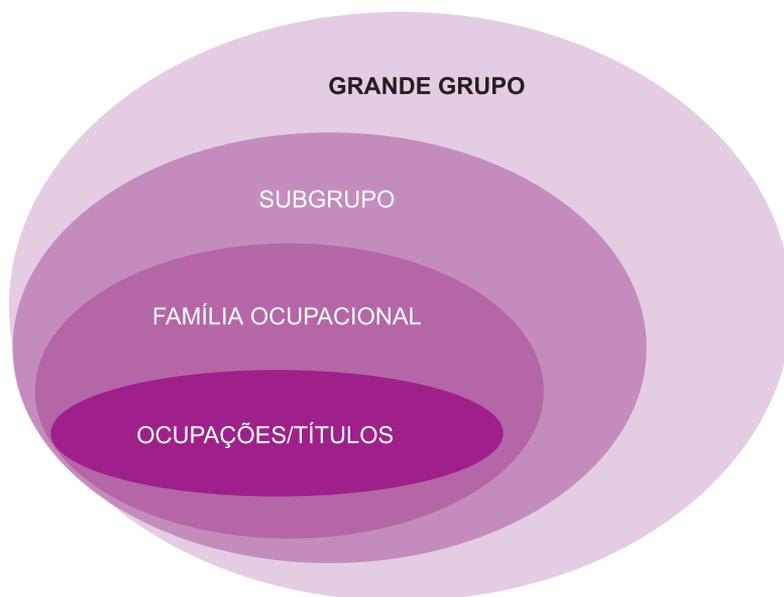
- **Subgrupo:** trata-se de agrupamento mais restrito que o grande grupo, e configura principalmente as grandes linhas do mercado de trabalho.

- **Grupo de base ou família ocupacional:** também denominado grupo primário, grupo unitário, reúne ocupações que apresentam estreito parentesco tanto em relação à natureza de trabalho quanto aos níveis de qualificação exigidos.

- **Ocupação:** é a unidade do sistema de classificação. Para efeitos práticos, define-se a ocupação como o conjunto de postos de trabalho substancialmente iguais quanto a sua natureza e às qualificações exigidas. O posto de trabalho corresponde a cada unidade de trabalho disponível ou satisfeita. Constitui-se de tarefas, obrigações e responsabilidades atribuídas a cada trabalhador. Pode-se ainda conceituar a ocupação como o conjunto articulado de funções, tarefas e operações destinadas à obtenção de produtos ou serviços.

A título de ilustração podemos visualizar a estrutura da CBO:

Figura 1  
Estrutura da CBO 1994



Fonte: CBO/MTE/Estação de Trabalho IMS/UERJ da Rede do Sistema de Acompanhamento de Sinais do Mercado de Trabalho do Setor Saúde com Foco em Enfermagem (SAMETS).

As categorias ocupacionais têm como elementos básicos de identificação o título, o código e a descrição:

· **Título:** cada categoria é identificada por um título ou denominação principal, com a preocupação fundamental de que o título exprima a realidade do trabalho. Face à existência de grande variedade de denominações regionais ou setoriais, a CBO inclui uma relação de sinônimos de maior significação, denominado Índice Alfabético, que espelha, de forma mais real e abrangente possível, o universo ocupacional brasileiro, incorporando regionalismos e denominações características, adotadas nas mais variadas atividades e setores.

· **Código:** o sistema básico de codificação da CBO tem a amplitude máxima de cinco campos, correspondente à categoria mais desagregada. A codificação é numérica, no qual o primeiro dígito identifica o grande grupo; os dois primeiros, o subgrupo; os três primeiros, o grupo de base; e cinco dígitos, a ocupação.

· **Descrição:** procura responder a três questionamentos básicos: *o que se faz, como e com que se faz e para que se faz*. Para cada categoria ocupacional corresponde uma descrição de atribuições e tarefas. Para ocupações fundamentais, a descrição compõe-se de três núcleos:

1º – *Sumário*, constituído por informações gerais sobre o conteúdo do trabalho.

2º – *Tarefas principais*, isto é, as atribuições que exigem do trabalhador maior concentração de esforço físico e mental, habilidades, tempo e outros fatores. As tarefas são usualmente ordenadas segundo uma sequência lógica resultante da análise dos processos de execução.

3º – *Tarefas secundárias, opcionais ou acessórias*, as quais, embora não fazendo parte da essência da ocupação, guardam alguma analogia com as principais. Vêm precedidas da palavra *Pode*.

## CBO 2002 – estrutura e metodologia

Como visto anteriormente, as transformações do mundo do trabalho, decorrentes de inovações tecnológicas e de novas formas de organizar e gerenciar o processo produtivo, resultam na emergência de novos setores, novas formas de fornecimento de serviço, novos mercados, enfim, uma mudança na dinâmica do trabalho e de empregabilidade. Tais mudanças acarretam o surgimento de novas ocupações com o requerimento de novas competências.

Em virtude desse cenário, faz-se necessária a atualização da CBO. A revisão da CBO está sob coordenação do MTE, no âmbito da Comissão Nacional de Classificações (CONCLA), em parceria com o IBGE. Entre seus objetivos destacam-se: o de atualização e adequação às mudanças metodológicas e ocupacionais já em curso em outros países e a padronização com unificação das ocupações existentes e seus correspondentes internacionais (como, por exemplo, países do Mercosul com compatibilização até subgrupo – dois dígitos) tendo como base a CIUO 88. A codificação utilizada na CBO 2002, junto à Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), pretende representar a base de identificação de emprego para o País.

Esse trabalho teve início em 1996, em parceria com o IBGE e resultou na organização de uma proposta de estrutura de famílias ocupacionais (compreendida como um ramo de atividade e seu parentesco) e um dicionário. O documento proposto foi amplamente divulgado e, em 1997, foi organizada uma série de reuniões com sindicatos, órgãos de formação profissional, escolas técnicas, universidades e institutos de pesquisa, para sua validação. O trabalho foi encerrado em 1999, com a definição de aproximadamente 600 famílias ocupacionais, que reagrupam ocupações da CBO 1994 e novas ocupações. Tal estrutura foi objeto de teste, pelo IBGE, no Censo Populacional de 2000, como etapa para validação.

A segunda fase do projeto, iniciada em 2000, consistiu na elaboração das *descrições* (conteúdo do trabalho) de cada uma das famílias ocupacionais. A metodologia para tal feito foi a utilização do *Developing a Curriculum* (DACUM), modelo de análise ocupacional desenvolvido no Canadá, cujo princípio é o de que a descrição das competências mobilizadas para o exercício da profissão deve ser realizada por profissionais e trabalhadores da área em questão. Foi necessário contratação de consultoria externa de grupo canadense especialista na metodologia que, atuando desde 1996, possibilitou a capacitação de 100 pesquisadores brasileiros para desenvolvimento do método.

Assim, para efetuar a descrição das *famílias*, foram reunidos grupos de trabalhadores (chamados de grupo especialista com a composição de 8 a 14 membros) que são especialmente convidados por serem considerados profundos conhecedores da sua profissão, e respeitados pelo seu desempenho profissional (exigência de no mínimo cinco anos de trabalho na atividade ocupacional). Tal grupo é conduzido por um facilitador, com o auxílio de um relator, por um período de dois a três dias. O objetivo é identificar as competências, habilidades e principais atividades de cada *família ocupacional*.

Para essa etapa do projeto, o MTE contou com as seguintes parcerias:

- Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), que através do Centro Internacional para Educação Trabalho e Transferência de Tecnologia (Ciet), está responsável pela descrição de 253 famílias do setor industrial.

- Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe), responsável pela descrição de 120 famílias dos profissionais das ciências sociais e humanas, dirigentes de empresas, comércio, serviços e administração.

- Fundação de Desenvolvimento da Unicamp (Funcamp), responsável pela descrição de 50 famílias

ocupacionais que integram as classes profissionais de ensino, jurídicos, de atendimento ao público e cultural.

- Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (Fundep) do Centro de Desenvolvimento e Planejamento (Cedeplar) da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), responsável por 105 descrições das famílias ocupacionais dos técnicos e trabalhadores dos segmentos agropecuários, florestal e pesca e profissionais das áreas das ciências e da engenharia.

Reuniu-se cerca de 7.000 trabalhadores de todas as regiões do País em 1800 reuniões, com a participação de 100 facilitadores.

Uma vez elaborada a descrição pelo grupo de especialistas, passa-se para a fase de validação desses conteúdos. Esta fase é realizada pelo Comitê de Validação. Este comitê é formado por centrais reguladoras, sindicatos e instituições patronais, influentes em seu meio de atuação e atualizados a respeito das novidades que se referem à ocupação. Seu papel é ajustar as descrições propostas para cada família.

A idéia inicial era agregar os trabalhadores por habilidades cognitivas comuns exigidas para o exercício de um campo de trabalho mais flexível, uma compreensão mais atualizada de competência para além do nível de escolaridade. Entretanto, por falta de um indicador mais homogêneo, foi utilizado o nível de escolaridade para as agregações.

#### *Principais Mudanças*

A CBO 2002 mantém a estrutura da CBO 1994, com o acréscimo do subgrupo principal (segundo dígito) que foi criado para melhorar o equilíbrio hierárquico entre os grandes grupos e subgrupos possibilitando aprimorar as agregações por domínio. Com a nova CBO, o último nível de agregação a ser descrito será o das famílias ocupacionais. Assim, se terá uma estrutura mais simples e enxuta.

As principais mudanças podem ser sintetizadas no quadro a seguir.

**Quadro 1**  
Comparativo da estrutura da CBO 1994 e da CBO 2002

Estrutura	CBO 1994	CBO 2002
Grandes Grupos (GG)	8	10
Subgrupos Principais (SGP)	Inexistente	58
Subgrupos (SG)	86	202
Grupos de Base ou Famílias (GB)	353	600
Ocupações (O)	2356	Cerca de 3000

Fonte: CBO/MTE.

As mudanças verificadas nos grandes grupos, primeiro nível de agregação, podem ser observadas a seguir:

**Quadro 2**  
Comparativo dos Grandes Grupos na CBO 1994 e na CBO 2002

Nº	CBO 1994	Nº	CBO 2002
0	Trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados	0	Forças Armadas, policiais e bombeiros militares
1	Membros dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, funcionários públicos superiores, diretores de empresas e trabalhadores assemelhados	1	Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes
2	Trabalhadores de serviços administrativos e trabalhadores assemelhados	2	Profissionais das ciências e das artes
3	Trabalhadores de comércio e trabalhadores assemelhados	3	Técnicos de nível médio
4	Trabalhadores de serviços de turismo, hospedagem, serventia, higiene, saúde e embelezamento, segurança e trabalhadores assemelhados	4	Trabalhadores de serviços administrativos
5	Trabalhadores agropecuários, florestais, da pesca e trabalhadores assemelhados	5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados
6	Trabalhadores da produção industrial, operadores de máquinas, condutores de veículos e trabalhadores assemelhados	6	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
7	Membros das Forças Armadas, policiais e bombeiros militares	7	Trabalhadores de manutenção e reparação
8		8	
9		9	
X			

Fonte: CBO/MTE.

Na CBO 1994 as profissões da saúde estavam classificadas no GG-1, incluindo-se aí as de nível técnico. Os demais trabalhadores do setor estavam no GG-5, junto ao conjunto de trabalhadores do setor serviço, inclusive os auxiliares de enfermagem e outros grupos auxiliares da saúde. O critério de agregação da CBO 2002 foi o nível de escolaridade. Assim, médicos, engenheiros e professores, por exemplo, foram agrupados no GG-Profissionais das Ciências e das Artes. Já o GG-Técnicos de Nível Médio, agrupa tanto técnicos de enfermagem como técnicos mecânicos.

Entre as questões apontadas como dificuldades no desenvolvimento do processo destacam-se os diversos interesses corporativos envolvidos, a passagem de uma para outra qualificação e a própria dinâmica do processo de trabalho, traduzida pelo surgimento ou mudança nas ocupações.

Em 2003, o trabalho terá continuidade com a seleção 100 famílias, que serão trabalhadas por área de domínio (por exemplo, saúde) e nível de qualificação visando a ajustes e adequações à dinâmica processual. É importante salientar que, apesar da ampliação do número de famílias

ocupacionais, atualmente existem cerca de 84 profissões e ocupações regulamentadas, e esta regulamentação hoje é homologada via Congresso Nacional.

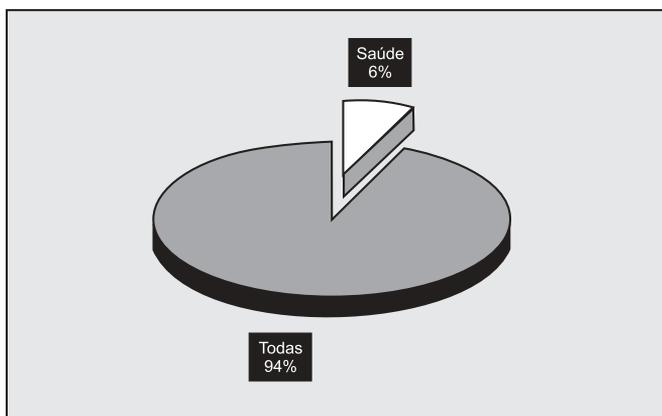
### As Profissões da Saúde na CBO 2002

As ocupações da Saúde estão dispostas em dois grandes grupos: o dos profissionais das ciências e das artes, que abrange os profissionais de formação superior, e o dos técnicos de nível médio, para os profissionais de

ensino fundamental e médio. Encontramos, ainda, outros trabalhadores de saúde dispersos no grande grupo de trabalhadores dos serviços, vendedores de comércio em lojas e mercados, como cozinheiros de hospitais, motorista de ambulância e outros.

Considerando exclusivamente os profissionais da saúde, constatamos que o total das ocupações em saúde representa aproximadamente 6% do total das 3.000 ocupações relacionadas na CBO.

Gráfico 1  
Distribuição dos Títulos de Ocupações da Saúde na CBO 2002

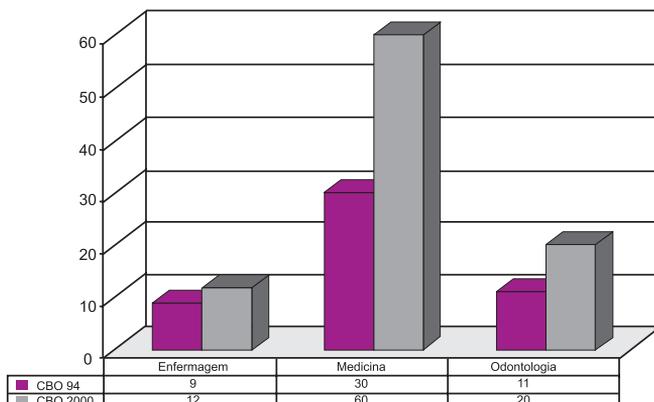


Fonte: CBO 2002/MTE.

Comparando a CBO 1994 e a 2002, em relação aos títulos de ocupação de três grupos de base, observa-se que em todos houve um aumento de títulos acompanhando a tendência global

verificada na CBO 2002, no qual as ocupações cresceram próximo de 20% em relação à CBO 1994. Em relação aos médicos, o número de títulos de ocupação chegou a duplicar.

Gráfico 2  
Quantitativo de Títulos de Ocupações por Categoria Profissional

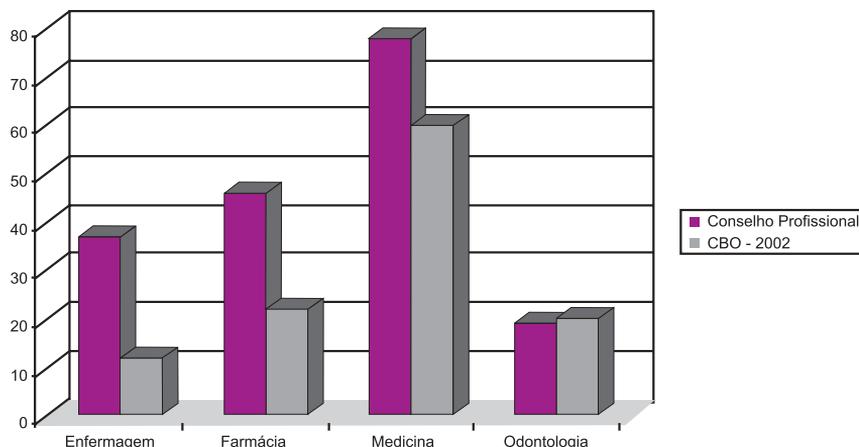


Fonte: CBO 2002/MTE.

Tomando-se como categoria para a análise as especialidades reconhecidas pelos conselhos profissionais, e comparando-as aos títulos ocupacionais relacionados na CBO 2002, para médicos, enfermeiros, farmacêuticos e odontólogos, observa-se que as especialidades reconheci-

das são quantitativamente bem maiores do que os títulos ocupacionais relacionados no mercado de trabalho, exceção verificada na odontologia. Chama a atenção o segmento de enfermeiros cujas especialidades reconhecidas são 37 e os títulos ocupacionais 12.

Gráfico 3  
Quantitativo de Títulos de Ocupações e de Especialidades por Categoria Profissional – 2002



Fonte: CBO 2002/MTE, CFM, CFF, COREN, CFO.

Esse diferencial observado pode ser indicativo do não reconhecimento, pelos pares da ocupação, no mundo do trabalho de algumas especialidades da profissão ou, ainda, de esses postos não existirem, de fato, no mercado.

Em relação às ocupações de técnicos, os conselhos profissionais não relacionam nenhuma especialização para esse nível, o que talvez se explique pela ainda não regulamentação detalhada da especialização para Educação Profissional de nível técnico disciplinada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 1996).

#### A enfermagem em análise e a descrição na CBO 2002

A enfermagem é uma categoria que merece destaque pela sua composição e representatividade numérica no conjunto dos trabalhadores da área da Saúde. É composta verticalmente pe-

las categorias: de enfermeiro, formados em graduação de nível superior; de técnico de enfermagem, formados em cursos profissionalizantes com exigência de escolarização formal de nível médio; de auxiliares de enfermagem formados em cursos profissionalizantes com exigência de escolarização formal de ensino fundamental ou médio, e de parteiras, de acordo com a Lei nº 7.498, de 26/6/86, que regulamenta o exercício profissional.

A força de trabalho em enfermagem conta ainda com um número expressivo de atendentes, que são contratados sob diversas denominações, sem nenhum tipo de preparo formal (submetidos ou não a programas de treinamento), para a prestação da assistência de enfermagem. Os empregados na área de Enfermagem atingem o quantitativo de aproximadamente 685 mil trabalhadores, cerca de 63% do pessoal de saúde.

Quadro 3  
Pessoal Ocupado em Enfermagem – Brasil, 1999

Ocupação	Quantitativo	%
Enfermeiro	70.000	10,2
Técnico de Enfermagem	50.000	7,3
Auxiliar de Enfermagem	340.000	49,8
Atendentes e assemelhados	225.000	32,7
<b>Total</b>	<b>685.000</b>	<b>100,0</b>

Fonte: AMS/IBGE (valores aproximados).

Comparando-se aos dados de registro do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), ano 2001, verifica-se um aumento no percentual de técnicos e auxiliares de 14% e 64% respectivamente, e um decréscimo nos atendentes e parteiras registrados de 9%, o que pode indicar uma tendência à melhoria da qualificação da equipe. Os enfermeiros mantêm o mesmo percentual. É fato ressaltar que um número expressivo de atendentes, de ingresso recente no setor, não possui registro no conselho, em função das regras do exercício profissional. Isso reflete na indisponibilidade de informação atualizada sobre tais registros ocupacionais.

No setor Saúde dois segmentos empregam o maior volume de pessoal de enfermagem: o dos serviços médicos, odontológicos e veterinários, com cerca de 91 mil estabelecimentos e um estoque de aproximadamente um milhão de empregos, e o da administração pública, direta e indireta, cobrindo um contingente de aproximadamente 720 mil empregos nas três esferas de governo. A maioria dos empregos de enfermagem está localizado nos serviços médicos e odontológicos, especialmente nos serviços classificados como de atendimento hospitalar de urgência e de emergência (PROFAE, 2001).

O setor privado emprega 58,9% do pessoal de enfermagem, enquanto o público 41,1%. Todas as categorias de enfermagem estão predominantemente no setor privado, com exceção dos visitantes sanitários, no qual 57,9% estão empregados no setor público.

A remuneração média dos enfermeiros praticada no Brasil é de R\$1.250,00 mensais, sendo o Estado

de Roraima com a maior renda média (R\$ 3.000,00) e o Piauí com a menor, (R\$ 465,44), conforme a Rais 1999. Os salários caminham no mesmo sentido da escolaridade: as ocupações de menor escolaridade percebem remuneração menor.

Os incentivos de remuneração diferenciada, oferecidos por programas como o Saúde da Família, parecem não ser suficientes como atrativos de adesão às mudanças de modelo. A alta rotatividade de profissionais nos postos de trabalho tem sido uma das dificuldades apontadas para institucionalização do Programa Saúde da Família (PSF) (Dal Poz, 2002).

A remuneração oferecida pelo PSF importa, além da carga horária de 40 horas, na fixação do profissional em atividades distanciadas de seu ideal de formação especializada, ou em locais distantes de grandes centros, com pouca capacidade de atualização de conhecimento e de expansão social, face à precariedade de condições socioeconômicas locais. Deve-se refletir que, nesses casos, as intervenções realizadas devem ser pensadas para além da área da Saúde: a adesão e a fixação de recursos humanos dependem de outros fatores relacionados com a inserção do profissional e de seu ideal de trabalho, como tem sido debatido por diversos autores (Sennet, 1999; Novick, 2000; Standing, 2000).

Como já referido, as profissões da área da Saúde tiveram um tratamento diferenciado na nova CBO 2002. Podemos observar, no Quadro 4, as principais modificações, tendo como base de comparação os grandes grupos e as famílias ocupacionais em que estão inscritas as ocupações da área de Enfermagem.

**Quadro 4**

Comparação das CBO de 1994 e de 2002 em Relação às Famílias da Enfermagem

CBO		FAMÍLIAS OCUPACIONAIS				
		Enfermeiro	Técnico de Enfermagem*	Auxiliar de Enfermagem*	Agente Comunitário de Saúde e Afins	Cuidadores de Crianças, Jovens, Adultos e Idosos
GRANDE GRUPO	1994	Trabalhadores de Profissões Científicas, Técnicas, Artísticas e Trabalhadores Assemelhados	Trabalhadores de Profissões Científicas, Técnicas, Artísticas e Trabalhadores Assemelhados	Trabalhadores de Serviços de Turismo, Hospedagem, Serventia, Higiene, Embelezamento, Segurança, Auxiliares de Saúde e Trabalhadores Assemelhados		
	2002*	Profissionais das Ciências e das Artes	Técnicos de Nível Médio		Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados	

Fonte: CBO/MTE.

\* Os técnicos e auxiliares de enfermagem, que pertenciam a famílias distintas na CBO 1994, na CBO 2002 pertencem à mesma família ocupacional, chamada de "Técnicos e Auxiliares de Enfermagem".

Os enfermeiros constituem família ocupacional, com emergência de novas especialidades identificadas na CBO 2002, que não constavam na anterior:

- enfermeiro auditor;
- enfermeiro de bordo;
- enfermeiro intensivista;
- enfermeiro nefrologista;
- enfermeiro neonatologista;
- enfermeiro de berçário;
- enfermeiro de saúde pública;
- enfermeira parteira;
- instrumentador cirúrgico.

Em uma análise preliminar, é interessante observar que o instrumentador cirúrgico (historicamente ocupação desempenhada por trabalhadores de nível médio ou fundamental, preparados por meio de treinamento em serviço ou por cursos sem reconhecimento pelo sistema educacional) esteja integrando a família dos enfermeiros. Tal situação pode

indicar uma demanda por profissionais mais qualificados para a realização do ato cirúrgico, configurando-se um possível campo de especialização para os enfermeiros.

Outra especialidade que chama atenção é a de enfermeiro de bordo, estando, entretanto, pouco conclusiva a descrição da ocupação ou do campo específico de atuação desta especialidade. Comparando-se as ocupações de enfermeiros relacionadas na CBO 2002 com as especialidades reconhecidas pelo Cofen, verifica-se um expressivo distanciamento entre o prescrito pelo conselho e o referido pelo mundo do trabalho. A especialização do enfermeiro parece ser ainda pouco aceita no mercado de trabalho, salvo aquelas mais tradicionais. Por outra via, as recomendações das diretrizes curriculares para formação dessa categoria apontam para uma tendência contrária à especialização, em comparação com as recomendações dos fóruns internacionais sobre a concepção de saúde na perspectiva da promoção e da integralidade.

Quadro 5  
Comparativo Entre as Especialidades de Enfermeiros e Ocupações da CBO 2002.

Especialidades Reconhecidas pelo Conselho Profissional	CBO 2002
<b>Enfermagem</b>	
Aeroespacial Atendimento Pré-Hospitalar Auditoria Cardiovascular Centro Cirúrgico Clínica Cirúrgica Clínica Médica Dermatologia Diagnóstico por Imagem Educação Continuada Emergência Endocrinologia Endoscopia Estomaterapia Gerenciamento Gerontologia e Geriatria Ginecologia Hemodinâmica Home Care Infecção Hospitalar Informática Nefrologia Neonatologia Nutrição Parenteral Obstetrícia Oftalmologia Oncologia Pediatria Psiquiátrica Saúde Coletiva Saúde de Família Saúde Mental Terapias Naturais Trabalho Traumato-ortopedia Unidade de Esterilização Unidade de Tratamento Intensivo	Enfermeiro Enfermeiro Auditor Enfermeiro de Bordo Enfermeiro de Centro Cirúrgico Instrumentador Cirúrgico Enfermeiro de Terapia Intensiva Intensivista Enfermeiro do Trabalho Enfermeiro Nefrologista Enfermeiro de Berçário Neonatologista Enfermeiro Obstétrico, Parteira Enfermeiro Psiquiátrico Enfermeiro Puericultor e Pediátrico Enfermeiro de Saúde Pública Sanitarista

Fonte: CBO/MTE e Cofen.

Os técnicos e os auxiliares de enfermagem compõem uma única família ocupacional, englobando vários títulos para este grupamento. Dentre as nomenclaturas analisadas, identificamos as seguintes emergentes na nova CBO, o que pode ser indicativo de tendência ao desenvolvimento de competências específicas e à especialização deste grupamento:

- auxiliar de enfermagem de Central de Material Esterilizado (CME);
- auxiliar de enfermagem de saúde pública;
- auxiliar de enfermagem em hemodiálise;
- auxiliar de enfermagem em *home care*;
- auxiliar de enfermagem em nefrologia;
- auxiliar de enfermagem em saúde mental;
- auxiliar de enfermagem socorrista;
- auxiliar de ginecologia;

- auxiliar em hemotransfusão;
- auxiliar de enfermagem em saúde ocupacional;
- auxiliar de enfermagem ocupacional;
- auxiliar de saúde (navegação marítima);
- auxiliar de saúde marítimo;
- técnico de enfermagem socorrista;
- técnico em hemotransfusão;
- técnico em hemodiálise;
- técnico em Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- técnico de enfermagem em saúde ocupacional;
- técnico de enfermagem ocupacional;
- técnico de enfermagem em saúde mental.

Os atendentes de enfermagem, visitantes sanitários e outros assemelhados que integravam a família dos auxiliares de enfermagem estão agora agrupados na família dos agentes comunitários de saúde (ACS).

#### Quadro 6

Comparativo de Títulos de Trabalhadores da Saúde e Enfermagem nas Famílias Ocupacionais - CBO 1994 e CBO 2002

Título	Família CBO 1994	Família CBO 2002
Atendente de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde e Afins
Visitador Sanitário	Auxiliar de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde e Afins
Auxiliar de Banco de Sangue	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Laboratório da Saúde
Auxiliar de Laboratório de Análises Clínicas	Auxiliar de Enfermagem	Auxiliar de Laboratório da Saúde
Auxiliar de Laboratório de Análises Físico-Químicas	Auxiliar de Enfermagem	Não consta
Parteira Prática	Auxiliar de Enfermagem	Agentes Comunitários de Saúde e Afins

Observam-se duas ocupações emergentes: o ACS e o cuidador de crianças, jovens, adultos e idosos (CCJAI).

Vale ressaltar que novo cenário se apresenta com a implantação da Estratégia Saúde da Família e a incorpo-

ração do agente comunitário de saúde sob supervisão do enfermeiro. Em que pesem às discussões polêmicas sobre essa ocupação pertencer ou não a equipe de enfermagem, tal questão merece ser estudada. O ACS, já regulamentado como profissão (Lei nº 10.507, de 10/7/2002), está integrado às equi-

pes de Saúde da Família e, sob supervisão de enfermeiros, desenvolve ações de promoção da saúde e de cuidado à saúde, algumas descritas como coleta de material para exames, verificação de sinais vitais, de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança bem como da evolução da gestação, de portadores de doenças crônicas entre outras.

As competências e habilidades descritas para CCJAI muito se assemelham a algumas ações do cuidado de enfermagem, tais como promoção de bem-estar, cuidar da higiene pessoal, cuidar da saúde, cuidar do ambiente domiciliar e institucional, entre outras. Sua inserção já vem sendo notada em instituições, inclusive hospitalares, mesmo que com vinculação empregatícia autônoma, geralmente direta com a família do cliente.

#### Considerações finais

As mudanças econômicas e produtivas, impulsionadas pelo processo de globalização, estão promovendo profundas alterações na configuração das ocupações, induzindo o aparecimento de novos campos de atuação profissional em setores da produção de bens e serviços. A construção de padrões para classificar e tipificar as ocupações vem sendo uma preocupação e uma recomendação constante, com o objetivo, entre outros, de orientar estudos sobre o mercado de trabalho. Tais estudos permitem, por uma via, a análise das variações da configuração do trabalho e, por outra, podem subsidiar governo, empresários, trabalhadores e instituições de educação a buscar caminhos para a adequação à nova realidade.

Deve-se destacar que entre as vantagens da CBO 2002 está a padronização da codificação e a nomenclatura das ocupações, e sua utilização ampliada pelos vários institutos censitários e administrativos, permitindo a construção e a comunicação de bases atualizadas de dados qualitativos, sobre o mercado de trabalho.

O estudo buscou, a partir das informações disponíveis na CBO 2002,

apontar as mudanças que estão se processando no conjunto de ocupações ligadas a área de Enfermagem, ou seja, ocupações que incluam no seu conjunto de competências a prestação do cuidado da saúde de pessoas e grupos, o cuidar que interfere na saúde individual e coletiva. Observou-se que os perfis de competências estabelecidos pela a CBO são importantes parâmetros de análise das ocupações, o que referenda este instrumento como um indicador sensível das mudanças que estão se processando no mundo do trabalho, independente das idealizações e recomendações adotadas pelas instituições reguladoras ou educacionais.

Esta análise preliminar aponta que a Classificação Brasileira de Ocupações lista atividades relacionadas com a área de Enfermagem sob pelo menos dois parâmetros: um relacionado com as ações desempenhadas por grupo de ocupações assemelhadas e outro que discrimina nomenclatura de ocupações e postos de trabalho, refletindo a existência formal para o mercado de trabalho.

Uma questão preocupante que esta análise indica é que, apesar do esforço empreendido para qualificar os trabalhadores da equipe da enfermagem, a presença de ocupações, como as dos, o CCJAI e dos ACS, poderia representar, no campo da saúde, uma reedição de novos "atendentes" com baixa regulação do exercício profissional espelhada por uma inserção desregulamentada ou flexibilizada no mercado, por baixa qualificação e remuneração.

---

#### Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *CBO-94*. 3. ed. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Revisita Formação*, v. 1, n. 1, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. *Revista Formação*, v. 1, n. 2, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, *Revista Formação*, v. 2, n.1, Brasília, 2001.

DAL POZ, M. R.; VARELLA, T. C. Recursos humanos em saúde no Brasil: política e problemas. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 280 p.

\_\_\_\_\_. Estudo de Condições de Formação e Exercício Profissional em Saúde no Brasil. In: OPAS/OMS. *Recursos Humanos em Saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1995.

DALPOZ, Mario. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso de Programa de Salud de la familia en Brasil. *Gaceta Sanitária*, v. 16, n. 1, p. 82-88, 2002.

NOCVIK, Marta. El trabajo y su sociología en America Latina: modernidad y exclusión. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, v. 6, n. 11, p. 5-20, 2000.

PIERANTONI, Célia. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo, ABRASCO, v. 6, n. 2, p. 341-361, 2001.

SENNET, Richard. *A Corrosão do Caráter: Conseqüências do Trabalho do Novo Capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 1999.

STANDING, Guy. La inseguridad laboral. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, v. 6, n. 11, p. 47-105, 2000.



# Características regionais do emprego em Enfermagem no Brasil: 1995-2000

## Regional characteristics of Nursing employment in Brazil: 1995-2000

José Meneleu Neto

Doutor em Sociologia

José de Freitas Uchoa

Mestre em Economia

Inácio José Bessa Pires

Estatístico

Ana Fátima Carvalho Fernandes

Doutora em Enfermagem

João Bosco Feitosa dos Santos

Doutor em Sociologia

---

**Resumo:** A década de 90 representou um período crítico do mercado de trabalho do Brasil. A escala do desemprego, as novas formas de contratação assalariadas e as metamorfoses do “setor informal” são algumas das tendências. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é analisar o mercado de trabalho no setor Saúde no Brasil, priorizando-se o enfoque para pessoal da área de Enfermagem, nas suas especificidades setoriais e regionais. O período em apreço considera o contexto pós-Plano Real, entre 1995 e 2000. A metodologia utilizada é um estudo documental e bibliográfico, tendo como fonte principal os registros administrativos da Relação Anual de Informações Sociais (Rais). Como resultados mais importantes, tem-se a mudança na composição dos empregos públicos e privados nas regiões do País e, para o pessoal de enfermagem, a tendência de alteração na composição das ocupações.

**Palavras-chave:** Recursos Humanos de Enfermagem; Mercado de Trabalho; Emprego; Ocupações.

**Abstract:** The 1990's represented a critical period for the labor market in Brazil. Some of the tendencies are the degree of unemployment, the new ways of waged hiring and the metamorphosis of the “informal sector.” In that sense, the objective of this study is to analyze the labor market in health sector in Brazil, focusing on Nursing personnel and on its sector and regional specificities. The period comprised in the study considers the context after the Plano Real – 1995 and 2000. The methodology used is a documental and bibliographic study, having as its main source the administrative register of Rais. As main results there is the change in the composition of public and private jobs in the regions of the Country and, for the nurses, the tendency towards changing the composition of occupations.

**Keywords:** Nursing Staff; Labor Market; Employment; Occupations.

---



## Introdução

A década de 90 representou um período crítico na trajetória recente do mercado de trabalho do Brasil. A escala do desemprego, a terceirização acelerada das ocupações urbanas, as novas formas de contratação assalariadas e as metamorfoses do “setor informal” são alguns dos ritmos e tendências a se evidenciarem. Pesquisadores como Baltar, Deddeca e Henrique (1996) e Pochmann (2001), que defendem a tese da interrupção do ciclo de crescimento do trabalho assalariado, tendo como consequência a crescente precarização das condições de trabalho e a perda de qualidade dos novos empregos gerados:

*“A ocupação no Brasil terminou sofrendo fortemente as repercussões negativas que decorrem do comportamento geral da economia nos anos 90, que registrou uma taxa de expansão do produto de apenas 1,9% – a mais baixa de todo o século XX. Por isso, o desemprego cresceu demasiadamente, além de postos de trabalho abertos serem mais caracterizados pela precarização nas condições e relações de trabalho.”* (Pochmann, 2001, p. 72)

Outros, como Malaguti (2001), consideram que a flexibilidade estrutural do mercado de trabalho brasileiro apenas se expandiu com a reestruturação capitalista, desfazendo a validade dos conceitos formais sobre a natureza do trabalho assalariado. Essas teses partem de pressupostos diferentes, mas convergem na conclusão sobre a tendência à perda de qualidade dos empregos.

De fato, na proporção em que o desemprego permaneceu crescendo ao longo da década de 90, seus efeitos se metamorfosearam sob as formas de precarização e flexibilização do trabalho. Por outro lado, problemas relacionados com o desempenho do setor público e as baixas taxas de crescimento econômico são avaliados como causas para os níveis de desemprego nas regiões metropolitanas do Brasil:

*“(...) houve uma importante redução do volume de emprego em setores dos setores mais estruturados, em especial a indústria, durante a recessão 1990–1992. A recuperação econômica de 1993–1995 não recompôs aquele estoque.”* (Baltar, Deddeca, Henriques, 1996, p. 102).

Essas tendências teriam um modo próprio de operar no mercado de trabalho de saúde. A precarização do trabalho pode ocorrer de forma velada, por meio de cooperativas de trabalho, ou na figura do agente de saúde comunitário no Nordeste. A queda dos rendimentos e a perda do poder de barganha do trabalho organizado e suas entidades também são parte da reestruturação que atingiu o mundo do trabalho nos anos 90.

*“Nos setores ocupacionais com salários não tão baixos, como funcionário público e de profissionais da educação e da saúde, o peso na geração de vagas não foi tão expressivo.”* (Pochmann, 2001, p. 72).

No setor Saúde, o recuo dos investimentos públicos no plano regional parece ter considerável impacto sobre o volume e a qualidade do emprego, sobretudo nas regiões menos desenvolvidas. Dados da Rais também confirmam que nesse período a configuração espacial do emprego de saúde tem levado à sua reconcentração no Sudeste.

*“A conjugação dessas mudanças estruturais, com ausência de crescimento sustentado e a perda de capacidade de expansão do emprego público, tem conduzido a uma crescente precarização do mercado de trabalho.”* (Baltar, Deddeca, Henriques, 1996, p. 102).

No âmbito do Sistema de Acompanhamento de Sinais do Mercado de Trabalho do Setor Saúde com Foco em Enfermagem (Samets) no qual se situa o presente estudo, a preocupação com as tendências desenvolvidas pelo mercado, bem como o impacto das Políticas Públicas de Saúde sobre estas, tem direcionado a agenda de pesquisa no sentido de uma monitoração

mais fina, sobretudo a partir das alterações institucionais na regulação profissional. O balizamento das Políticas Públicas de Saúde, como a do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), tem como pressuposto necessário as especificidades das ocupações de saúde no interior das tendências gerais do mercado, devido a um conjunto de sinais sincrônicos e assincrônicos. Nesse sentido, os sinais detectados no mercado de trabalho de saúde devem ser decodificados em indicadores capazes de *feedback* informacional para o sistema. Portanto, trata-se de traduzir as tendências particulares do mercado de saúde em indicadores capazes de estabelecer fronteiras minimamente visíveis para a atuação das Políticas Públicas de Saúde.

Um dos temas recorrentes nas análises se relaciona à configuração do mercado de trabalho de saúde diante do crescimento das taxas gerais de desemprego. Mas, em que medida o setor Saúde confirma essa tendência? O que está ocorrendo particularmente com o emprego da área de Enfermagem? Como se verá adiante, algumas respostas podem ser obtidas por meio de fontes tradicionais, enquanto que outras requerem pesquisas direcionadas.

O objetivo central deste estudo é analisar o mercado de trabalho no setor Saúde no Brasil, priorizando o enfoque nas tendências do emprego do pessoal de enfermagem, tendo como fio condutor a relação entre os fenômenos gerais e as especificidades setoriais e regionais que compõem o universo do emprego, especificamente na área de Enfermagem. O período considerado neste trabalho leva em conta o contexto pós-Plano Real, entre 1995 e 2000, durante o qual as taxas de desemprego permaneceram excessivamente altas, mesmo em conjunturas de expansão econômica.

Há que se esclarecer que estudos com essa opção metodológica, via de regra, deixam pistas para outras investigações, já que certos fenômenos

apontados merecem estudos qualitativos específicos para sua compreensão. É importante salientar que neste estudo se compreende como pessoal de saúde os profissionais das áreas médica, odontológica e veterinária, e que a prioridade para a categoria do pessoal de enfermagem engloba basicamente enfermeiros, agentes de saúde pública, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem e visitantes sanitários, considerando que estas ocupações compõem o quadro dominante do mercado de trabalho em enfermagem.

O presente artigo faz parte de um estudo mais amplo sob o mesmo título. Aqui, foram priorizadas a descrição sobre o mercado de trabalho do setor Saúde, por região, segundo o vínculo institucional, as categorias ocupacionais, emprego e natureza jurídica, a distribuição setorial do emprego de enfermagem e o comportamento do emprego segundo as ocupações. A utilização da base de dados Rais oferece vantagens relativas à homogeneidade espacial dos indicadores e alta representatividade estatística no detalhamento das variáveis. Contudo, os limites implícitos nas configurações ocupacionais (Código Brasileiro de Ocupações) e setoriais (exemplo: setores médico, odontológico e veterinário) do emprego são preestabelecidas no cadastro, o que dificulta o dimensionamento de grupos de ocupações em mutação e exige adaptações. Especificamente, com relação aos empregos de enfermagem no setor público, existe uma tendência de subestimação na Rais quando esses profissionais se vinculam a atividades administrativas e, ou de ensino. Desse modo, entre o enquadramento fornecido pelo cadastro administrativo e do mercado, produz-se um hiato que limita o alcance dos dados.

#### **Distribuição regional do emprego do setor Saúde: breves considerações**

Nessa análise será utilizada a definição mais convencional dos serviços de saúde a partir de dados da Rais 1995 e da Rais 2000. Para os objeti-

vos de explorar essas bases de dados e fornecer um quadro das tendências do mercado de trabalho de enfermagem, optou-se por utilizar os valores subestimados fornecidos pela Rais que indicava, em 2000, um estoque de 924.415 empregos formais no setor médico, odontológico e veterinário (Tabela 1).

A primeira avaliação do estoque de empregos confirma estudos ante-

riores sobre a tendência do setor de Saúde, que permanece em ampliação, ao contrário do quadro dominante no mercado de trabalho em geral. Entre 1995 e 2000, o estoque de empregos do setor Saúde (médico, odontológico e veterinário) cresceu 4,16%, saltando de 887.472 para 924.415 vínculos formais, incluindo o setor público (estatutários) e o privado (celetistas) (Tabela 1).

Tabela 1  
Empregos Existentes em 31/12, na Área da Saúde\*, Segundo o Nível Institucional, por Regiões Geográficas. Brasil, 1995–2000

Regiões/Categoria	Nível Institucional				Total	
	Emprego Público		Emprego Privado		1995	2000
	1995	2000	1995	2000		
<b>Norte</b>						
Empregos na Área da Saúde	29.796	7.113	18.144	22.705	47.940	29.818
Enfermeiro	993	48	635	522	1.628	570
Auxiliar de Enfermagem	1.641	165	2.762	4.746	4.403	4.911
Atendente de Enfermagem	1.743	6	845	471	2.588	477
Visitador Sanitário	51	0	6	4	57	4
Outro Pessoal de Enfermagem	861	5	1.027	658	1.888	663
<b>Nordeste</b>						
Empregos na Área da Saúde	31.741	5.412	121.696	135.152	153.437	140.564
Enfermeiro	1.194	45	3.409	3.920	4.603	3.965
Auxiliar de Enfermagem	1.556	320	19.056	26.614	20.612	26.934
Atendente de Enfermagem	933	10	10.911	5.537	11.844	5.547
Visitador Sanitário	139	0	387	573	526	573
Outro Pessoal de Enfermagem	75	28	3.230	3.573	3.305	3.601
<b>Sudeste</b>						
Empregos na Área da Saúde	28.035	28.860	447.577	496.691	475.612	525.551
Enfermeiro	562	411	11.066	14.598	11.628	15.009
Auxiliar de Enfermagem	2.350	2.557	61.212	105.680	63.562	108.237
Atendente de Enfermagem	1.145	614	47.487	13.670	48.632	14.284
Visitador Sanitário	11	6	89	191	100	197
Outro Pessoal de Enfermagem	486	438	14.497	18.186	14.983	18.624
<b>Sul</b>						
Empregos na Área da Saúde	1.906	2.916	129.632	156.518	131.538	159.434
Enfermeiro	47	64	3.697	5.056	3.744	5.120
Auxiliar de Enfermagem	241	603	23.071	38.660	23.312	39.263
Atendente de Enfermagem	93	38	13.768	4.223	13.861	4.261
Visitador Sanitário	0	0	32	89	32	89
Outro Pessoal de Enfermagem	24	17	3.212	4.889	3.236	4.906
<b>Centro-Oeste</b>						
Empregos na Área da Saúde	36.065	14.618	42.880	50.988	78.945	65.606
Enfermeiro	1.588	400	1.238	1.006	2.826	1.406
Auxiliar de Enfermagem	5.415	776	5.673	9.510	11.088	10.286
Atendente de Enfermagem	51	50	3.443	1.619	3.494	1.669
Visitador Sanitário	0	1	25	32	25	33
Outro Pessoal de Enfermagem	5.019	1.830	1.886	1.886	6.905	3.716

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)/Relação Anual de Informações Sociais (Rais)/1995–2000.  
\* Serviços médicos e odontológicos.

No período entre 1995 e 2000, constatou-se uma tendência de mudança na composição dos empregos públicos e privados de saúde, entre as grandes regiões naturais do País. Os empregos da área de Saúde, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em particular, alteraram sua composição por meio do decréscimo absoluto e relativo da participação dos empregos públicos.

Em 1995, a predominância dos empregos da saúde gerados por estabelecimentos privados já era evidente para o conjunto do País, cobrindo 85,62% do estoque de empregos. O Sul e o Sudeste, que possuíam a maior parte do estoque de empregos, também apresentavam maior proporção de empregos no setor privado. As regiões Norte e Centro-Oeste, contudo, possuíam ainda grande participação de empregos públicos, ao passo que o Nordeste apresentava situação intermediária, já com tendência predominante do emprego privado (Tabela 1).

A tendência de privatização dos empregos se acentua quando se consideram os dados da Rais 2000. Nesse caso, a Região Norte, onde a proporção entre empregos públicos e privados era favorável aos primeiros, teve no período 1995–2000 sua situação invertida: para cada emprego público passou a ter aproximadamente três empregos privados. O resultado foi uma queda de 76,12% nos empregos públicos, contra uma elevação de 25,13% dos privados. O balanço foi amplamente desfavorável à geração de empregos formais, com declínio de 37,80% no estoque final de empregos da área de Saúde nessa região (Tabela 1).

No Nordeste, os empregos públicos diminuíram de 31.741 vínculos, em 1995, para 5.412 em 2000, correspondendo a uma queda de 82,94%. Por outro lado, essa região apresentou certa expansão dos empregos do setor privado, que atingiu in-

cremento de 11,05%. Como se vê, a taxa de declínio do emprego público foi amplamente superior à expansão do emprego privado. Em função do diferencial nas taxas de substituição dos empregos públicos pelos privados, o estoque total de empregos decresceu 8,38% na região (Tabela 1). As peculiaridades desse processo não são totalmente deriváveis dos dados da Rais, que apenas indicam a tendência do emprego formal. A expansão dos empregos privados é inteligível, pela recente dinâmica das empresas na área de Saúde. Os sistemas privados de atendimento à saúde firmaram-se como tendência, sobretudo diante de uma demanda crescente por especializações (clínicas). Ao lado desse processo, o setor público vem lançando mão de mecanismos de flexibilização dos contratos, para reduzir custos com pessoal menos qualificado. Na esfera municipal, por exemplo, na qual se insere o Programa Saúde da Família (PSF), produz-se uma situação típica de precarização do trabalho. Ao lado da ampliação da contratação de trabalhadores de enfermagem, pratica-se a informalidade desde os enfermeiros até os agentes de saúde. Essa tendência é especialmente importante no Nordeste, onde o PSF tem se expandido de forma expressiva. O reflexo desse fenômeno na base de dados da Rais é indireto, na medida em que o crescimento do mercado de trabalho nessa região não é captado pelo conceito de emprego formal. Além disso, expõe uma crescente precarização das relações de trabalho, que também não é captada pela Rais.

No Centro-Oeste, os resultados também foram adversos. Os empregos públicos se reduziram em 59,46%, entre 1995 e 2000, e foram acompanhados de pequena elevação dos empregos privados (18,90%), o que resultou um declínio de 16,89% no estoque de empregos (Tabela 1). O Centro-Oeste partilha de uma semelhança regional com o Norte, no que diz res-

peito ao peso relativo que os empregos públicos possuíam até 1995.

As dinâmicas do Sul e do Sudeste mostram-se diferentes das demais. Em primeiro lugar, porque essas regiões foram responsáveis pelo crescimento do estoque de empregos de saúde no País. E, por outro lado, por apresentarem predominância de empregos do setor privado. Sob o ponto de vista do emprego público, a Região Sul apresentou notável crescimento, no período de 1995 a 2000: 52,99%. Esse crescimento veio a se somar aos empregos privados, que se expandiram em 20,74% no período. Tais resultados significaram o maior incremento do emprego dentre as regiões no País: 21,20% (Tabela 1). Na Região Sudeste, o crescimento do emprego público de 2,94% foi também complementado pelo incremento de emprego privado, da ordem de 10,97%. Note-se que, apesar do crescimento do emprego público nessas regiões, o fator decisivo para o mercado de trabalho veio da expansão do emprego privado. Dito de outro modo: a importância do emprego público é relativamente menor para o estoque de empregos nessas regiões, embora tenham sido exatamente essas as únicas regiões do País nas quais o emprego público verificou crescimento (Tabela 1).

Assim, apenas as regiões Sudeste e Sul apresentaram expansão absoluta dos empregos públicos, o que contribuiu para elevar o estoque de emprego nas duas regiões e, sobretudo, aprofundar o seu nível de concentração regional. Em suma, uma primeira aproximação mostra que a segunda metade da década de 90 foi marcada por tendências regionais bem diferenciadas:

i. o encolhimento absoluto do emprego público nas regiões menos desenvolvidas do País;

ii. a concentração relativa dos empregos públicos nas regiões mais desenvolvidas;

iii. a deterioração da situação do emprego formal das regiões Norte e Centro-Oeste, onde a queda de participação do emprego público não foi compensada pela expansão dos empregos do setor privado, resultando na queda do estoque de emprego na área de Saúde;

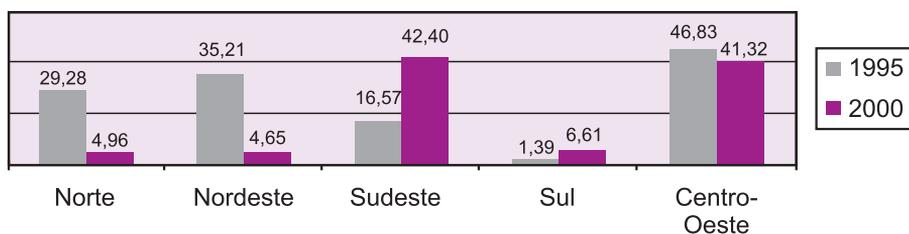
iv. a queda dos estoques de emprego, de 76,12% no Norte, e de 16,89% no Centro-Oeste, não influenciou a tendência nacional, dado o pequeno peso dos seus números absolutos.

#### Distribuição regional das categorias ocupacionais da área de Enfermagem

Mantendo correspondência com o comportamento do estoque total de empregos, as principais categorias ocupacionais do pessoal de enfermagem apresentam participações regionais, que confirmam a concentração dos empregos no Sudeste e no Sul.

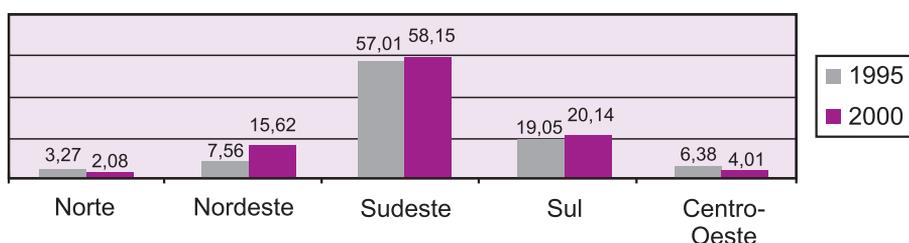
Focalizando inicialmente a categoria de enfermeiro, observou-se que a participação regional dos empregos no setor público corresponde à principal alteração no período. Por outro lado, a participação do emprego privado de enfermeiro praticamente se mantém entre as diferentes regiões, apenas com pequenas variações. A participação do emprego público dos enfermeiros, no Norte e no Nordeste, acompanhou a tendência de declínio dos empregos de saúde nessas regiões. Em 1995, os empregos de enfermeiro no Norte correspondiam a 29,28% do total do País; em 2000, essa participação encolheu para 4,96% do total. O mesmo fenômeno ocorreu no Nordeste, cuja participação dos empregos de enfermeiro continuou caindo de 35,21% para 4,65% do total do País. O Centro-Oeste, por sua vez, apresentou pequeno declínio dos empregos públicos de enfermeiro, de 46,83% para 41,32% (Gráfico 1-A), ao mesmo tempo em que o setor privado também foi reduzido de 6,38% para 4,01% (Gráfico 1-B).

Gráfico 1-A  
Distribuição Percentual da Categoria Enfermeiro no Setor Público, por Região



Fonte: RAIS 1995/2000

Gráfico 1-B  
Distribuição Percentual da Categoria Enfermeiro no Setor Privado, por Região



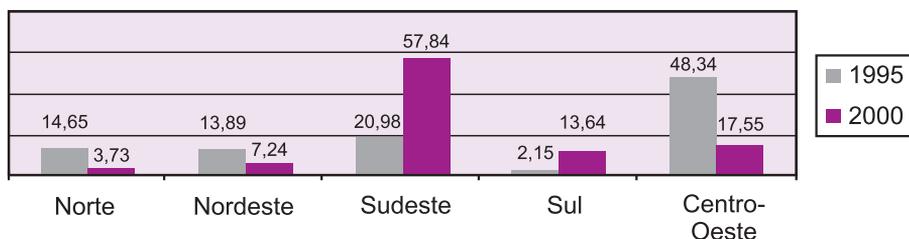
Fonte: RAIS 1995/2000

As regiões que apresentaram melhores resultados foram o Sudeste e o Sul. A expansão dos empregos públicos nas duas regiões, juntamente com a elevação da participação dos empregos gerados no setor privado, foi responsável pelo aumento da concentração dos empregos de enfermeiro nas duas regiões.

De modo similar, o Sudeste e o Sul passaram a concentrar maior percentual de auxiliares de enferma-

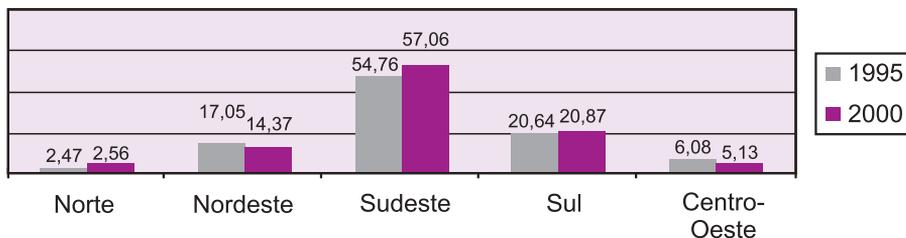
gem, como resultado da expansão de sua participação no emprego público total. Em 1995, o Sudeste respondia por 20,98% dos empregos públicos de auxiliar de enfermagem, ao passo que, em 2000, esse percentual atingiu 57,84% (Gráfico 2-A). Importante ressaltar que o mesmo não ocorreu no setor privado que, nos anos entre 1995 e 2000, apresentou pouca oscilação, com um pequeno decréscimo apenas no Nordeste (Gráfico 2-B).

Gráfico 2-A  
Distribuição Percentual da Categoria Auxiliar de Enfermagem no Setor Público, por Região



Fonte: RAIS 1995/2000

Gráfico 2-B  
Distribuição Percentual da Categoria Auxiliar de Enfermagem no Setor Privado, por Região

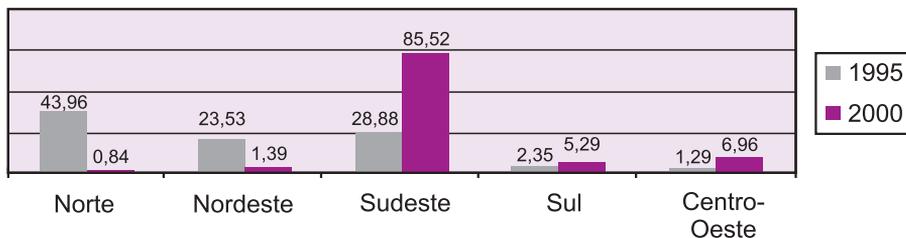


Fonte: RAIS 1995/2000

O comportamento nacional dos empregos de atendente de enfermagem mostra a drástica redução nos estoques dessa categoria ocupacional, sobretudo no setor público. Essa tendência foi verificada na maioria das regiões e parece estar vinculada ao emprego público do atendente de enfermagem. No Norte e no Nordeste, a redução da participação percentual do emprego público para atendente de enferma-

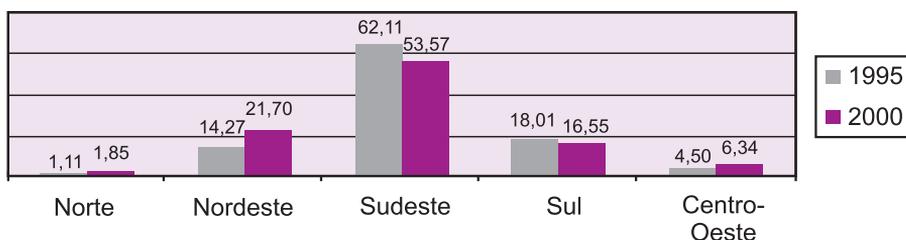
gem praticamente eliminou essa categoria ocupacional (Gráfico 3-A). Destaque-se que, no Nordeste, ocorreu uma elevação relativa na participação dos empregos de atendente no setor privado, que se ampliou de 14,27% para 21,70%. O Sudeste, ao contrário, ampliou a participação dos empregos públicos de atendentes de enfermagem, ao passo que reduziu sua participação nos empregos privados.

Gráfico 3-A  
Distribuição Percentual da Categoria Atendente de Enfermagem no Setor Público, por Região



Fonte: RAIS 1995/2000

Gráfico 3-B  
Distribuição Percentual da Categoria Atendente de Enfermagem no Setor Privado, por Região



Fonte: RAIS 1995/2000

## Natureza jurídica do emprego de enfermagem

No nível das ocupações do pessoal de enfermagem, observou-se que a participação no estoque nacional de emprego só apresentou alterações relevantes apenas para as categorias de auxiliar de enfermagem e de atendente de enfermagem. As ocupações de enfermeiro, visitador sanitário e outro pessoal de enfermagem mantiveram suas participações relativas. De fato, o processo de substi-

tuição das ocupações de atendente por auxiliar é evidente e inquestionável. O declínio da participação dos atendentes no estoque de empregos do pessoal de enfermagem foi da ordem de 69,22%. Ou seja, caiu de uma participação de 31,06%, em 1995, para 9,56%, em 2000. Num movimento complementar e inverso, os auxiliares de enfermagem ampliaram sua participação em 45,51%, saltando de 47,50%, em 1995, para 69,12% , em 2000 (Gráfico 4).

Gráfico 4  
Empregos do Pessoal de Enfermagem  
Brasil

Fonte: RAIS 1995/2000

A evolução da distribuição regional mostra que, em 1995, o Norte apresentava grande desvio com relação ao padrão nacional. A predominância dos empregos do pessoal de enfermagem permanecia baseada no setor público, notadamente o estadual, que absorvia 53,72% do total de empregos. Os setores público federal e municipal eram pouco expressivos no conjunto (0,09%). A presença do setor privado era minoritária, perfazendo no conjunto 40,83% dos vínculos (privado mais privado sem fins lucrativos).

Em 2000, essa situação sofreu brusca alteração, a partir da queda de participação do emprego público estadual de 53,72% para 2,9%, ao passo que o setor privado se expandiu vigorosamente de 27,35% para 55,97%, acompanhado do setor privado sem fins lucrativos, que passou de 13,48% para 33,66%. Somando os tipos de estabelecimentos privados na região Norte, o total do setor privado atingiu 91,23% dos vínculos, o que equivale praticamente à média nacional em 2000 (92%) (Tabela 2).

No Nordeste, a predominância do setor privado nos empregos formais do pessoal de enfermagem já estava definida em 1995. No âmbito do setor público, os estabelecimentos estaduais respondiam por 3,82% dos empregos da Região. Essa tendência se acentuou na segunda metade da década, quando o setor privado atingiu participação de 96,45% do estoque de empregos em 2000. O declínio do setor público aconteceu de forma semelhante ao verificado no Norte, concentrando-se basicamente no setor público estadual, que encolheu sua participação de 3,82% para 0,5% (Tabela 2). Ao contrário do padrão nacional, a Região não apresentou crescimento no estoque de empregos de enfermeiro; mas, por outro lado, foi confirmada a tendência geral de diminuição de empregos de atendentes e a expansão dos auxiliares de enfermagem. Como circunstância peculiar à região, pode ser citada a participação crescente dos empregos de visitador sanitário.

**Tabela 2**  
**Empregos Existentes em 31/12 por Ocupação, Segundo a Natureza Jurídica na Área da Saúde, por**  
**Regiões Geográficas. Brasil, 1995-2000**

Região/Natureza Jurídica	Enfermeiro		Auxiliar de Enfermagem		Atendente de Enfermagem		Visitador Sanitário		Outro Pes. de Enfermagem		Total	
	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000	1995	2000
<b>Região Norte</b>												
Setor Público Federal	5	0	3	0	1	2	0	0	0	0	9	2
Setor Público Estadual	1.114	88	1.489	101	1.678	0	13	0	1.387	3	5.681	192
Setor Público Municipal	0	0	0	9	0	9	0	1	0	15	0	34
Setor Público – Outros *	100	76	271	262	61	6	38	0	21	9	491	353
Setor Privado	309	221	1.780	2.806	613	311	0	1	191	369	2.893	3.708
Privado sem Fins Lucrativos	100	185	845	1.713	210	131	6	2	265	199	1.426	2.230
Outros Privados**	0	0	3	20	19	18	0	0	20	68	42	106
Ignorado	0	0	23	0	7	0	0	0	4	0	34	0
Total	1.628	570	4.414	4.911	2.589	477	57	4	1.888	663	10.576	6.625
<b>Região Nordeste</b>												
Setor Público Federal	7	3	0	1	10	14	0	0	1	2	18	20
Setor Público Estadual	456	20	832	178	206	3	18	0	55	4	1.567	205
Setor Público Municipal	149	33	233	217	77	36	1	0	6	8	466	294
Setor Público – Outros *	728	0	791	19	879	20	120	0	136	3	2.654	42
Setor Privado	1.802	2.267	10.518	16.999	5.736	3.103	97	96	1.952	2.244	20.105	24.709
Privado sem Fins Lucrativos	1.474	1.639	7.978	9.431	4.441	2.017	289	475	793	907	14.975	14.469
Outros privados**	14	3	109	89	303	354	1	2	288	433	715	881
Ignorado	34	0	184	0	215	0	0	0	81	0	514	0
Total	4.664	3.965	20.645	26.934	11.867	5.547	526	573	3.312	3.601	41.014	40.620
<b>Região Sudeste</b>												
Setor Público Federal	33	10	224	106	379	12	0	0	11	48	647	176
Setor Público Estadual	718	549	3.096	4.352	1.693	755	5	1	280	216	5.792	5.873
Setor Público Municipal	402	727	1.557	3.822	959	334	14	15	695	533	3.627	5.431
Setor Público – Outros *	206	26	957	341	220	25	1	0	45	67	1.429	459
Setor privado	4.788	5.809	26.612	41.471	16.724	5.367	53	79	7.071	10.415	55.248	63.141
Privado sem Fins Lucrativos	5.305	7.837	30.414	57.626	27.735	6.931	23	101	5.704	5.523	69.181	78.018
Outros Privados**	70	51	402	519	676	860	4	1	1.075	1.822	2.227	3.253
Ignorado	109	0	327	0	265	0	0	0	120	0	821	0
Total	11.631	15.009	63.589	108.237	48.651	14.284	100	197	15.001	18.624	138.972	156.351
<b>Região Sul</b>												
Setor Público Federal	310	376	1.161	1.286	31	7	0	0	6	0	1.508	1.669
Setor Público Estadual	0	0	5	0	0	0	0	0	2	0	7	0
Setor Público Municipal	120	133	789	1.257	350	105	0	2	62	73	1.321	1.570
Setor Público – Outros *	16	27	96	128	201	18	0	0	27	10	340	183
Setor Privado	1.254	1.584	6.527	12.432	6.059	1.971	2	18	1.627	2.675	15.469	18.680
Privado sem Fins Lucrativos	1.999	2.983	14.614	23.845	6.871	1.980	23	69	1.145	1.519	24.652	30.396
Outros Privados**	43	17	143	315	297	180	7	0	339	629	829	1.141
Ignorado	7	0	37	0	81	0	0	0	35	0	160	0
Total	3.749	5.120	23.372	39.263	13.890	4.261	32	89	3.243	4.906	44.286	53.639
<b>Região Centro-Oeste</b>												
Setor Público Federal	1	0	33	0	8	0	0	0	7	0	49	0
Setor Público Estadual	1.745	203	5.446	103	8	9	1	1	5.565	1.700	12.765	2.016
Setor Público Municipal	20	194	33	706	57	45	0	0	0	126	110	1.071
Setor Público – Outros *	5	3	74	125	2	32	0	0	1	20	82	180
Setor Privado	665	597	3.508	6.207	1.717	981	16	32	784	1.354	6.690	9.171
Privado sem Fins Lucrativos	373	404	1.939	3.065	1.620	543	8	0	437	361	4.377	4.373
Outros Privados**	14	5	25	80	62	59	0	0	86	155	187	299
Ignorado	5	0	52	0	32	0	0	0	29	0	118	0
Total	2.828	1.406	11.110	10.286	3.506	1.669	25	33	6.909	3.716	24.378	17.110

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)/Relação Anual de Informações Sociais (Rais)/1995–2000.

\* Inclui outras formas de natureza jurídica da administração pública.

\*\* Inclui pessoas físicas e outras formas de organização legal.

No Sudeste, as variações na composição do estoque de emprego foram pouco expressivas. Os grandes segmentos mantiveram suas posições relativas, tanto no setor público como no setor privado. As únicas alterações ocorreram por meio do crescimento de outras formas do setor público e da redução de informações ignoradas, em função da melhoria no sistema de informação da Rais. De qualquer forma, essas alterações acrescentam pouco ao padrão já estabelecido para a composição do estoque de emprego formal do pessoal de enfermagem. Com expressiva participação do emprego do setor privado, o fenômeno mais importante do Sudeste está vinculado a flutuações em torno das categorias de atendente e auxiliar de enfermagem. A participação dos atendentes de enfermagem caiu 73,89%, entre 1995 e 2000, resultando em apenas 9,14% dos empregos declarados para essa categoria. Em valores absolutos, o número de atendentes do Sudeste permanece a maior concentração residual do País: 14.284 trabalhadores. Por outro lado, a participação dos auxiliares de enfermagem, no mesmo período, cresceu 51,28%, evoluindo de 45,76% para 69,23% (Tabela 2).

Assim, enquanto que a evolução dos empregos de enfermeiro apresentou uma expansão moderada, submetida aos limites legais do exercício da profissão e dos processos de certificação correspondentes, os auxiliares de enfermagem apresentaram movimentações abruptas nas suas participações relativas. Entre as hipóteses aventadas sobre deslocamentos funcionais nas categorias, que compõem a equipe de saúde, destaca-se a da pressão institucional como fator determinante de ajuste dos contratos de trabalho. O “efeito fiscalização” dos Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens), sobretudo no Sudeste, funciona, por um lado, como forte restrição ao emprego de atendentes de enfermagem, principalmente porque essa categoria sintetiza o conjunto de problemas relativos ao exercício profissional a partir da Lei nº 5.905/1973.

Por outro lado, nas regiões Sul e Sudeste, a dinâmica do mercado educacional de enfermagem ampliou a oferta de cursos de auxiliar e técnico. A existência de uma rede de educação profissional de enfermagem consolidada permite que o mecanismo de fornecimento de pessoal qualificado a partir de demanda do mercado, sobretudo, do setor privado, receba efeito *feedback* da ação fiscalizadora dos Corens. O “efeito fiscalização”, assim, reforça a tendência estabelecida pela rede de educação profissional e pela dinâmica do mercado de trabalho já consolidada pelo setor privado de saúde. Situação diversa ocorre em outras áreas do País, como o Norte e Nordeste, onde as exigências da regulação do exercício profissional esbarram principalmente na escassez de entidades voltadas à formação de pessoal de enfermagem.

Portanto, a situação apresentada pelo Sudeste, a região mais desenvolvida do País, mostra que se, por um lado, a tendência de “privatização dos empregos” do pessoal de enfermagem parece consolidada, por outro, as flutuações da participação para as ocupações de atendente e auxiliar de enfermagem ainda não se esgotaram.

A situação do Sul possui várias semelhanças com a do Sudeste, composto praticamente um único contexto quanto ao predomínio dos empregos do setor privado e às participações relativas segundo a natureza jurídica. Contudo, algumas especificidades devem ser destacadas. Embora com poucas alterações na composição percentual, o Sul exibiu notável crescimento do estoque de emprego, como já foi destacado anteriormente. Outra singularidade diz respeito ao caráter majoritário dos empregos vinculados às empresas privadas sem fins lucrativos, que representaram 56,67% do total em 2000 (Tabela 2). Nesse sentido, é evidente a maior participação percentual dos empregos do setor privado sem fins lucrativos na Região Sul, em comparação à média nacional e com relação ao padrão apresentado pelo Sudeste.

Sob o ponto de vista das flutuações na participação de atendentes e auxiliares de enfermagem, o “efeito substituição” entre eles, no Sul, confirma a tendência desenhada para o mercado de trabalho nacional. A queda da participação dos atendentes de enfermagem, no Sul, entre 1995 e 2000, atingiu 74,68%.

De modo similar ao da Região Norte, o Centro-Oeste sofreu grande alteração na composição do emprego. O declínio da participação do setor público estadual no emprego, entre 1995 e 2000, foi da ordem de 77,35%, ao passo que o setor privado ampliou sua participação em 89% e o setor privado sem fins lucrativos para 44,44%. Essa alteração se deve, contudo, mais ao declínio dos empregos públicos que ao aumento dos privados.

Os efeitos do declínio do setor público estadual no Centro-Oeste parecem ter repercutido sobre a tendência dos empregos de outras categorias de enfermagem. Embora o declínio absoluto da participação dos atendentes de enfermagem tenha sido expressivo (52,40%), a queda generalizada do emprego nas diferentes ocupações diluiu parte do “efeito substituição” favorável ao auxiliar de enfermagem. Nesse sentido, a categoria de auxiliar de enfermagem apresentou desempenho positivo apenas em termos relativos, como revela o fato de seu estoque de emprego cair de 11.110, em 1995, para 10.286, em 2000, de forma que o crescimento da participação relativa dos auxiliares de enfermagem, da ordem de 31,92%, se deveu às perdas no seu estoque, pois elas são menores que noutras categorias. O resultado inclui o Centro-Oeste entre as áreas com perdas líquidas de emprego, associado à mudança na composição percentual do emprego regional. O declínio do emprego do setor público, notadamente no setor público estadual, não foi acompanhado de efeitos positivos do emprego privado. Assim, a mudança na composição do emprego revela o encolhimento absoluto do mercado

de trabalho regional para o pessoal de enfermagem.

### Distribuição setorial do emprego de enfermagem

O mercado de trabalho do pessoal de enfermagem pode ser considerado a partir de três níveis setoriais, com graus diferentes de abrangência quanto à atividade profissional. De um lado, o mais específico, diz respeito à atividade médico-hospitalar (serviços médico, odontológicos e veterinários), ou seja, das ocupações de enfermagem vinculadas ao setor de execução de cuidados da saúde. O segundo, composto pelo universo dos empregos de enfermagem ligado à administração pública, ligado à execução, ensino, controle e supervisão das políticas de saúde e outras atividades administrativas. Esse nível setorial representa uma classificação que, em princípio, foge à classificação tradicional dos empregos de saúde ligados ao atendimento hospitalar, clínico etc. No entanto, este se configura como um importante nicho setorial de mercado, sobretudo para os enfermeiros.

E, por fim, o conjunto mais amplo, considera-se todos os setores da atividade econômica, em que as atividades do pessoal de enfermagem podem ser inseridas em variados contextos. Essa dimensão setorial capta diversas formas de emprego do pessoal de enfermagem, incluindo setores que tradicionalmente não se vinculam ao mercado de trabalho em saúde. Assim, pode-se verificar a existência de empregos de enfermagem tanto na indústria quanto nos serviços (Tabela 3). Esse nível setorial mais abrangente permite ter uma medida do mercado de trabalho total do pessoal de enfermagem, embora incorpore também elevado desvio ocupacional. Note-se que a utilização comparada desses três níveis setoriais tensiona ao máximo as possibilidades da Rais como indicador do volume emprego de enfermagem.

Tabela 3

Empregos Existentes em 31/12 por Atividade Econômica, Segundo as Ocupações na Área da Saúde. Brasil, 1995-2000

Região/Ocupação	Serviço Médicos e Odontológicos		Administração Pública		Todas as Atividades	
	1995	2000	1995	2000	1995	2000
<b>Norte</b>						
Enfermeiro	1.628	570	535	1.108	2.163	1.678
Agente de Saúde Pública	3.641	1.811	2.537	6.013	6.178	7.824
Auxiliar de Enfermagem	4.414	4.911	2.002	4.639	6.416	9.550
Atendente de Enfermagem	2.589	477	267	264	2.856	741
Visitador Sanitário	57	4	82	305	139	309
Outro Pessoal de Enfermagem	1.888	663	165	1.562	2.053	2.225
Total	14.217	8.436	5588	13.891	19.805	22.327
<b>Nordeste</b>						
Enfermeiro	4.664	3.965	3.812	6.836	8.476	10.801
Agente de Saúde Pública	7.035	2.310	8.785	15.072	15.820	17.382
Auxiliar de Enfermagem	20.645	26.934	10.697	22.131	31.342	49.065
Atendente de Enfermagem	11.867	5.547	4.564	5.795	16.431	11.342
Visitador Sanitário	526	573	912	1.050	1.438	1.623
Outro Pessoal de Enfermagem	3.312	3.601	4.210	4.682	7.522	8.283
Total	48.049	42.930	32.980	55.566	81.029	98.496
<b>Sudeste</b>						
Enfermeiro	11.631	15.009	6.686	7.602	18.317	22.611
Agente de Saúde Pública	2.684	3.291	7.880	10.579	10.564	13.870
Auxiliar de Enfermagem	63.589	108.237	30.725	42.529	94.314	150.766
Atendente de Enfermagem	48.651	14.284	28.919	28.634	77.570	42.918
Visitador Sanitário	100	197	1.530	3.572	1.630	3.769
Outro Pessoal de Enfermagem	15.001	18.624	3.975	6.935	18.976	25.559
Total	141.656	159.642	79.715	99.851	221.371	259.493
<b>Sul</b>						
Enfermeiro	3.749	5.120	2.353	3.281	6.102	8.401
Agente de Saúde Pública	768	1.091	3.858	4.851	4.626	5.942
Auxiliar de Enfermagem	23.372	39.263	6.809	9.118	30.181	48.381
Atendente de Enfermagem	13.890	4.261	2.393	1.933	16.283	6.194
Visitador Sanitário	32	89	122	490	154	579
Outro Pessoal de Enfermagem	3.243	4.906	4.205	6.575	7.448	11.481
Total	45.054	54.730	19.740	26.248	64.794	80.978
<b>Centro-Oeste</b>						
Enfermeiro	2.828	1.406	310	2.422	3.138	3.828
Agente de Saúde Pública	2.765	1.352	1.835	3.219	4.600	4.571
Auxiliar de Enfermagem	11.110	10.286	2.210	13.639	13.320	23.925
Atendente de Enfermagem	3.506	1.669	610	585	4.116	2.254
Visitador Sanitário	25	33	75	185	100	218
Outro Pessoal de Enfermagem	6.909	3.716	158	5.448	7.067	9.164
Total	27.143	18.462	5198	25.498	32.341	43.960

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)/Relação Anual de Informações Sociais (Rais)/1995-2000.

A consideração mais ampla dos empregos do pessoal de enfermagem pode ser feita a partir de todos os setores de atividade econômica. Esse universo mostra que os estoques de emprego apresentam incrementos positivos em todas as regiões do País. As regiões apresentam os seguintes incrementos de estoque: Norte, 12,73%; Nordeste, 21,55%; Sudeste, 17,22%; Sul, 24,98% e, Centro-Oeste, 35,93% (Tabela 3). Dentro do movimento de expansão dos empregos (todos os setores), observaram-se mudanças na composição do emprego do pessoal de enfermagem, que confirmam tendência à redução do emprego entre os atendentes de enfermagem. Essa categoria apresentou variações negativas em todas as regiões, especialmente no Norte, onde foi registrada a maior queda: 74,05%. Nessa Região, além da redução dos empregos para atendente, foi também verificada a queda no emprego de enfermeiro (-22,42%), o que merece destaque diante dos problemas da relativa escassez de trabalhadores em assistência de saúde. A situação foi compensada pelo crescimento do emprego das demais categorias, em especial do auxiliar de enfermagem (48,85%) que compõe o grupo mais numeroso em valores absolutos: eram 9.550 trabalhadores em 2000. Por outro lado, o crescimento do emprego para o pessoal de enfermagem na administração pública (148,59%) parece ter certa correlação com a queda do seu estoque (40,66%) no setor de Saúde (médico, odontológico e veterinário) na Região Norte, uma vez que esses movimentos ocorrem simultaneamente e esse fenômeno não se restringiu a essa região do País, sendo verificável em outras regiões. A migração dos empregos de enfermagem para a administração pública insinua a existência de fatores de atração na administração pública com relação ao setor de Saúde, em especial nas regiões onde o encolhimento do setor público de saúde sofreu perdas no estoque de emprego. A carência de pessoal qualificado na área de Saúde nas regiões Norte e Nordeste,

sobretudo de nível superior, reforça a probabilidade de deslocamento para a administração pública quando as relações salariais são mais favoráveis.

A tendência do mercado de trabalho de enfermagem, exposta a partir das variações no estoque de emprego, mostra que as participações do setor Saúde e de administração pública estão sendo alteradas rapidamente entre as regiões. De tal maneira que, a distribuição intersetorial do emprego, entre os serviços médico-odontológicos e a administração pública, permite verificar as características regionais produzidas pela migração intersetorial do pessoal de enfermagem. Uma hipótese provável é aquela que liga a maior qualificação aos trabalhos de gestão na área de Saúde, em especial à administração pública (secretarias de estado, órgãos de controle, instituições de ensino superior), ao passo que as ocupações de enfermagem vinculadas ao atendimento hospitalar são majoritariamente preenchidas por auxiliares de enfermagem.

O caso dos enfermeiros é emblemático, tendo em vista que todas as regiões do País apresentaram crescimento dos empregos de enfermeiro na administração pública entre 1995 e 2000. Esse resultado confirma pesquisas realizadas com base noutras fontes, como a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), sobre a importância do setor público para o mercado de trabalho do enfermeiro. Apesar de que muitos desses empregos não estão vinculados à atividade direta de cuidados com a saúde, mas à esfera administrativa. Por outro lado, a medida que os estabelecimentos de assistência médico-odontológica são predominantemente de natureza privada, parcela considerável dos empregos nessa área também se vincula à esfera privada. Essa tendência do emprego de enfermagem é mais evidente, quanto menos desenvolvida é a região. Nesse sentido, o Norte, o Nordeste e o Centro-Oeste apresentam taxas de crescimento negativas para o emprego nos serviços médico-odontológicos, mas, simultaneamente, apresentam as maiores ta-

xas de crescimento do emprego na administração pública. No Norte, no Nordeste e no Centro-Oeste, em consequência da relação entre as variações no emprego nas duas esferas, estima-se a existência de uma “migração dos empregos” do pessoal de enfermagem em direção à administração pública no período 1995–2000.

A queda dos empregos do pessoal de enfermagem ligado aos serviços médico-odontológicos atingiu 40,66%, no Norte, 10,65% no Nordeste e 31,98% no Centro-Oeste. O crescimento do emprego na administração pública para as mesmas regiões foi de 148,59%, 68,48% e 390,53%, respectivamente (Tabela 3).

No Sudeste e no Sul, por outro lado, o fenômeno assume outra tendência. O crescimento do estoque de emprego formal do pessoal de enfermagem ocorreu tanto no mercado de serviços médico-odontológicos, como na administração pública. Porém, o comportamento das taxas de variação mostra crescimento mais rápido do emprego na administração pública, relativamente aos serviços médico-odontológicos. No Sul, os incrementos nos serviços médicos e odontológicos e da administração pública foram de 21,48% e 32,97%, respectivamente, ao passo que, no Sudeste, foram de 12,70% e 25,26%.

Nesse aspecto, o crescimento dos empregos vinculados à administração pública possui duas facetas, conforme a área estudada. No Norte e no Nordeste, a expansão do emprego na esfera da administração pública foi acompanhada da retração dos empregos nos serviços médico-odontológicos, sugerindo um movimento inverso entre as duas áreas. No Sudeste e no Sul, o que se verificou foi o diferencial nos níveis de crescimento do emprego entre os serviços médico-odontológicos e da administração pública, sendo favorável a esta última.

De modo geral, as categorias centrais para a análise são aquelas que formam o núcleo do tratamento e dos cuidados à saúde dos pacientes: enfermei-

ros, auxiliares de enfermagem e atendentes. Nesse universo, a tendência nacional se consolidou em todas as regiões: a rápida redução dos empregos para atendentes de enfermagem.

#### Comportamento do emprego em enfermagem, segundo categorias ocupacionais

A situação do emprego do País mostra que, entre 1995 e 2000, o mercado de trabalho para o pessoal de saúde permaneceu em expansão. Esse fenômeno está compatível com a crescente demanda por serviços de atenção à saúde. Ao considerar o conjunto das ocupações características dos serviços médicos e odontológicos, o crescimento do emprego no período atingiu 10,62%. Quanto à categoria de enfermeiro em geral, esta permaneceu se expandindo a uma taxa inferior em relação ao conjunto do setor: 6,40% (Tabela 4).

A categoria ocupacional cujo comportamento desperta interesse mais imediato com relação às Políticas Públicas e à regulação profissional é a do atendente de enfermagem. O estoque de emprego vinculado a essa categoria ocupacional mostra clara tendência de declínio no período, diminuindo de 80.517, em 1995, para 26.238 em 2000, correspondendo a uma queda de 67,41% (Tabela 4). A tendência complementar, representada pelo crescimento dos auxiliares de enfermagem, cujo estoque cresceu 54%, expõe a correlação existente entre as alterações quantitativas no estoque de emprego e as ações de regulamentação profissional. Esse resultado preliminar é indicativo para a avaliação da política pública de educação profissional na área de Enfermagem.

No entanto, os resultados nacionais ocultam singularidades regionais que devem ser observadas com cuidado. As desigualdades regionais ressurtem aqui sob a forma de diferentes caracterizações que o mercado de trabalho de saúde assume nos espaços do País, como se verá a seguir no comportamento das regiões.

Tabela 4

Empregos Existentes em 31/12 por Ocupação, Segundo Atividades de Serviços Médicos e Odontológicos. Brasil, 1995-2000

Região/Ocupação	Estoque	
	1995	2000
<b>Região Norte</b>		
Pessoal de Saúde	47.977	29.818
Enfermeiro em Geral	1.628	570
Agente de Saúde Pública	3.641	1.811
Auxiliar de Escritório em Geral	800	919
Recepcionista em Geral	719	1.677
Recepcionista de Consultório Médico ou Dentário	497	1.164
Trab. de Serviços Gerais (Serv. de Conservação Manutenção e Limpeza)	2.373	1.692
Faxineiro	463	499
Auxiliar de Enfermagem em Geral	4.414	4.911
Atendente de Enfermagem	2.589	477
Outro Pessoal de Enfermagem	1.888	663
Total	19.012	14.383
<b>Região Nordeste</b>		
Pessoal de Saúde	153.851	140.564
Enfermeiro em Geral	4.664	3.965
Agente de Saúde Pública	7.035	2.310
Auxiliar de Escritório em Geral	4.899	5.094
Recepcionista em Geral	6.190	9.155
Recepcionista de Consultório Médico ou Dentário	6.069	9.094
Trab. de Serviços Gerais (Serv. de Conservação Manutenção e Limpeza)	3.766	7.244
Faxineiro	2.911	2.227
Auxiliar de Enfermagem em Geral	20.645	26.934
Atendente de Enfermagem	11.867	5.547
Outro Pessoal de Enfermagem	3.312	3.601
Total	71.358	75.171
<b>Região Sudeste</b>		
Pessoal de Saúde	475.993	525.551
Enfermeiro em Geral	11.631	15.009
Agente de Saúde Pública	2.684	3.291
Auxiliar de Escritório em Geral	20.214	19.868
Recepcionista em Geral	26.327	33.561
Recepcionista de Consultório Médico ou Dentário	18.974	26.715
Trab. de Serviços Gerais (Serv. de Conservação Manutenção e Limpeza)	5.335	10.495
Faxineiro	19.386	16.870
Auxiliar de Enfermagem em Geral	63.589	108.237
Atendente de Enfermagem	48.651	14.284
Outro Pessoal de Enfermagem	15.001	18.624
Total	231.792	266.954
<b>Região Sul</b>		
Pessoal de Saúde	131.854	159.434
Enfermeiro em Geral	3.749	5.120
Agente de Saúde Pública	768	1.091
Auxiliar de Escritório em Geral	7.080	7.678
Recepcionista em Geral	4.995	7.429
Recepcionista de Consultório Médico ou Dentário	4.157	5.098
Trab. de Serviços Gerais (Serv. de Conservação Manutenção e Limpeza)	2.306	4.567
Faxineiro	4.167	4.280
Auxiliar de Enfermagem em Geral	23.372	39.263
Atendente de Enfermagem	13.890	4.261
Outro Pessoal de Enfermagem	3.243	4.906
Total	67.727	83.693
<b>Região Centro-Oeste</b>		
Pessoal de Saúde	79.068	65.606
Enfermeiro em Geral	2.828	1.406
Agente de Saúde Pública	2.765	1.352
Auxiliar de Escritório em Geral	1.226	1.430
Recepcionista em Geral	2.800	3.842
Recepcionista de Consultório Médico ou Dentário	1.655	2.837
Trab. de Serviços Gerais (Serv. de Conservação Manutenção e Limpeza)	1.319	2.514
Faxineiro	1.836	1.976
Auxiliar de Enfermagem em Geral	11.110	10.286
Atendente de Enfermagem	3.506	1.669
Outro Pessoal de Enfermagem	6.909	3.716
Total	35.954	31.028
<b>Ignorado</b>		
Pessoal de Saúde	238	0
Enfermeiro em Geral	1	0
Agente de Saúde Pública	0	0
Auxiliar de Escritório em Geral	11	0
Recepcionista em Geral	15	0
Recepcionista de Consultório Médico ou Dentário	75	0
Trab. de Serviços Gerais (Serv. de Conservação Manutenção e Limpeza)	2	0
Faxineiro	1	0
Auxiliar de Enfermagem em Geral	8	0
Atendente de Enfermagem	14	0
Outro Pessoal de Enfermagem	13	0
Total	140	0
<b>Total</b>		
Pessoal de Saúde	888.981	920.973
Enfermeiro em Geral	24.501	26.070
Agente de Saúde Pública	16.893	9.855
Auxiliar de Escritório em Geral	34.230	34.989
Recepcionista em Geral	41.046	55.664
Recepcionista de Consultório Médico ou Dentário	31.427	44.908
Trab. de Serviços Gerais (Serv. de Conservação Manutenção e Limpeza)	15.101	26.512
Faxineiro	28.764	25.852
Auxiliar de Enfermagem em Geral	123.138	189.631
Atendente de Enfermagem	80.517	26.238
Outro Pessoal de Enfermagem	30.366	31.510
Total	425.983	471.229

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)/Relação Anual de Informações Sociais (Rais)/1995-2000.

Outra categoria ocupacional, que sofreu declínio em seu estoque nacional, foi a de agentes de saúde pública, com queda de 41,66%. Esse resultado parece paradoxal diante da demanda crescente por essa mão-de-obra no combate a epidemias. Como ressalva, devem ser lembrados, uma vez mais, os limites da base de dados utilizada, restrita ao mercado de trabalho formal. As novas formas de contratação, mais flexíveis e precárias, podem estar na base da explicação desse fenômeno. Ampliando o detalhamento das ocupações do setor Saúde, é possível verificar a consolidação de algumas tendências do mercado surgidas nos anos 90. Os processos de reestruturação gerencial da força de trabalho podem ser compreendidos a partir do contexto no qual se inserem as empresas privadas e suas estratégias de lucratividade. Não se deve esquecer, também, que a reestruturação do setor público também contribuiu decisivamente para as configurações do emprego no setor Saúde.

A expansão verificada no mercado de trabalho de saúde nos anos 90 foi produzida por investimentos privados e por investimentos em Políticas Públicas focalizadas. O contexto sociopolítico desse processo de investimento acabou trazendo consigo uma série de conseqüências e alterações do perfil ocupacional vigente. A reestruturação do setor Saúde significou a reestruturação dos seus mercados de trabalho. Para explicitar os impactos da reestruturação desse setor sobre a estrutura ocupacional, deve-se ter em conta a ênfase dada pelas configurações gerenciais no negócio da saúde. A importância da qualidade no atendimento passa a ser pressuposto para os resultados empresariais. O crescimento de ocupações vinculadas à realização do valor (vendedores, recepcionistas, pessoal de apoio etc.) passa a predominar sobre o crescimento das ocupações diretamente vinculadas à produção do valor. Ou seja, as ocupações voltadas para o atendimento à saúde passam a ser suporte de uma finalidade mais instrumental, fixada na clientela de consumidores de saúde.

O crescimento das ocupações gerenciais e/ou dos atributos gerenciais para o pessoal de saúde constitui uma tônica cada vez mais freqüente nesse mercado de trabalho.

Entre as ocupações, que passaram a dividir o espaço com a equipe de enfermagem, estão as de contador e administrador, cuja função primordial está ligada à otimização de processos, redução de custos e ampliação de mercados. O pessoal auxiliar, vinculado ao atendimento da clientela de consumidores de saúde, tendeu a crescer desproporcionalmente, quando comparado com o pessoal de saúde, em particular de enfermagem. Nesse sentido, algumas categorias ocupacionais se destacam segundo seu nível de variação de estoque: trabalhador de serviços gerais, com 75,56%; recepcionista de consultório médico ou dentário, com 42,90%; recepcionista em geral, com 35,61%; e auxiliar de escritório, com 2,22% (Tabela 4). Conforme será visto, os resultados apresentados para o conjunto do País sofreram grandes alterações, ao se considerar as regiões naturais.

## Norte

As atividades voltadas aos serviços médicos e odontológicos compõem um amplo leque de ocupações, além daquelas vinculadas ao pessoal de saúde. Com o interesse de avaliar os movimentos do mercado de trabalho correspondentes a outras ocupações produzidas pela divisão do trabalho na área de Saúde, foram levadas em conta ocupações tais como: recepcionista em geral, recepcionista de consultório médico e dentário, trabalhador de serviços gerais e faxineiro. Quando se compara o desempenho do pessoal de saúde e do pessoal de Enfermagem, relativamente às atividades de suporte e administrativas, observa-se que, em média, o desempenho das ocupações ligadas a estas últimas tem sido bastante expressivo, independentemente da situação regional. Por outro lado, as ocupações do pessoal de saúde apresentam tendências divergentes entre as regiões do País.

Com relação ao estoque de emprego, o Norte apresentou queda das

principais ocupações ligadas à enfermagem, exceto para auxiliar de enfermagem, cujos empregos cresceram 11,26%. Por outro lado, as ocupações ligadas a atividades de apoio (funções administrativas e ou burocráticas) cresceram espantosamente na região, no período. Observando as variações de ponta a ponta (1995 e 2000), as ocupações de recepcionista em geral e recepcionista de consultório médico e odontológico cresceram, respectivamente, 133,24% e 134,21%. Resultados como esse foram utilizados por Girardi (2001) para levantar a hipótese de maquiagem do estoque residual de atendentes de enfermagem, por meio de outras ocupações. Embora a hipótese de Girardi seja robusta, face à rapidez com que declinaram os vínculos de atendentes, não pode ser desprezado o efeito da expansão da saúde privada na estrutura dos empregos. No Norte, apesar do desempenho pontual positivo de algumas ocupações, a tendência geral do emprego no setor médico e odontológico, em 2000, foi de queda, apresentando redução de 24,35%, com relação ao estoque de 1995.

O pessoal de saúde (médicos, enfermeiros etc.) sofreu queda de 37,85% no seu estoque de emprego. Como é pouco provável que esse encolhimento corresponda à demanda real por serviços de saúde na região, estima-se que as alterações nos contratos de trabalho foram relevantes, a ponto de implicar tão significativa redução do estoque de empregos do pessoal de saúde. Sob esse aspecto, as teses levantadas, sobre o efeito das cooperativas e outras formas de flexibilização e sobre o trabalho no setor de Saúde, parecem indicar correlação com o movimento de expansão dos empregos a partir do setor privado. Nesse sentido, confirmam-se as hipóteses de Pochmann (2001), segundo as quais os empregos formais têm acompanhado uma tendência de “destruição” dos postos de trabalho mais qualificados, ao mesmo tempo em que se expandem os empregos menos qualificados. Na verdade, a “destruição” não é do posto de trabalho, mas de um certo tipo de contrato de trabalho formal.

A diminuição do setor público como gerador de empregos na área de Saúde na região representa um vetor explicativo importante para entender a redução do estoque de emprego. Porém, que tipo de fenômeno explicaria a rápida perda de participação dos empregos do setor público frente ao setor privado, na área de Saúde, na Região Norte? A mudança na forma dos contratos de trabalho certamente tem efeito decisivo. Cabe lembrar que pesquisas recentes, com base na AMS, mantêm o setor público como o principal empregador para o pessoal de enfermagem no conjunto do País.

### Nordeste

O conjunto das ocupações do setor Saúde apresentou incremento de 5,34%, no Nordeste, para o período 1995-2000. Entre ocupações relacionadas com as atividades de serviços médicos e odontológicos, o maior incremento foi obtido na ocupação dos trabalhadores de serviços gerais (serviços de conservação, manutenção e limpeza), que ampliou o seu estoque em 92,35%. Outras atividades complementares, vinculadas ao atendimento do público, também apresentaram expressivo crescimento. As ocupações de recepcionista em geral, com 47,90%, e recepcionista de consultório médico ou dentário, com 49,84%, destacaram-se entre aquelas com maiores variações no estoque de empregos. Ao focalizar a variação do estoque com relação às ocupações relacionadas com o tratamento de pacientes, o resultado mostrou-se negativo. Para o conjunto do pessoal de saúde no Nordeste, a queda do estoque de empregos atingiu 8,64%. Entre as ocupações mais afetadas estão: agente de saúde pública, com 67,16%, e atendente de enfermagem, com 53,26%. O declínio no estoque dos atendentes de enfermagem se manteve na linha de substituição dessa categoria ocupacional pelo auxiliar de enfermagem. Porém, verificou-se que a queda no estoque de vínculos formais do atendente de enfermagem pode não ser “substituída” integralmente pelo crescimento do auxiliar de enfermagem. É razoável a hipóte-

se de que uma parcela dos empregos “migrou” para ocupações caracterizadas como trabalho de serviços gerais, ao passo que a variação percentual do estoque de atendentes de enfermagem atingiu 53,26% e o crescimento do auxiliar de enfermagem em geral chegou a 30,46%.

No geral, o comportamento dos empregos nas atividades de serviço médico e odontológico no Nordeste revela que o crescimento do estoque total não tem correspondido à ampliação do pessoal de enfermagem mais qualificado. A melhoria da qualificação tem sido em grande parte motivada pela ascensão dos empregos de auxiliar de enfermagem. A queda considerável dos empregos na categoria de enfermeiro em geral, que atingiu 14,99%, mostra que o desempenho do mercado de trabalho é paradoxal. Parece confirmar-se, nesse caso, a hipótese de Pochmann (2001) sobre a crescente precarização dos empregos no mercado de trabalho brasileiro, no qual as ocupações que mais crescem não são necessariamente as mais qualificadas. Por outro lado, a expansão de atividades ligadas às vendas, à redução de custos e ao atendimento ao cliente, sobretudo no setor privado, confirmam a tendência à crescente mercantilização dos serviços de saúde. Note-se que a expansão da categoria recepcionista de consultório médico ou dentário fornece um indicativo das tendências expressivas dos serviços médicos na direção desse tipo de atendimento.

Algumas diferenciações importantes devem ser ressaltadas sobre o comportamento do estoque de empregos no Nordeste com relação aos resultados apresentados pelo Norte. Uma das explicações para essa diferença pode estar relacionada a uma maior participação do setor privado no Nordeste com relação ao Norte. Na medida em que o encolhimento do estoque de empregos de saúde nessas regiões mostra forte correlação com as perdas do setor público, a participação do setor privado funciona como atenuador da dinâmica do emprego. Assim, embora a queda do emprego do pessoal de saúde – serviço médico

e odontológico – seja verificada tanto na Região Norte como Nordeste, a sua intensidade é diferente entre essas regiões. Por essa razão, pode-se afirmar que no caso da Região Nordeste a tendência de redução dos empregos de saúde é “amortecida” pelo menor peso relativo do setor público no estoque total de emprego.

### Sudeste

O Sudeste permanece sendo o espaço que concentra o maior estoque de empregos do pessoal de saúde. Observando os resultados para o pessoal de saúde como um todo, constatou-se crescimento de 10,41% nos empregos. Esse resultado influencia de maneira direta a média nacional, tendo em vista que, no ano 2000, dos 920.973 trabalhadores de saúde em atividades de serviços médico e odontológico, 525.551 estavam no Sudeste. Nesta região, as ocupações ligadas à enfermagem exibiram crescimento generalizado, sendo a única exceção encontrada para os atendentes de enfermagem. Essa configuração, na qual o grupo de trabalhadores historicamente mais numeroso da equipe de enfermagem revela tendência de desaparecer nos próximos anos, mostra a influência dos fatores institucionais relativos à lei do exercício profissional na região. Os atendentes de enfermagem sofreram um declínio de 70,64% no Sudeste, no período de 1995 a 2000. Embora os empregos de trabalhador de serviços gerais tenham crescido 96,72%, o desempenho positivo dos empregos de auxiliar de enfermagem (70,21%) não deixa dúvida sobre o processo de substituição implícito.

Praticamente na mesma proporção do crescimento dos empregos para auxiliar de enfermagem, observou-se o declínio (70,64%) do estoque de empregos para os atendentes de enfermagem (Tabela 4). A relação entre os fatores institucionais e a melhoria da qualificação profissional do pessoal de enfermagem indica a grande probabilidade de manutenção do vínculo com a mudança de categoria ocupacional. Dito de outro modo, os novos empregos para auxiliar de enfermagem resultam em grande parte da absorção dos antigos atendentes

por meio de programas de qualificação profissional. Sob o ponto de vista do mercado de trabalho, os programas de qualificação profissional são mais efetivos quando aplicados a egressos já ocupados, ou seja, a empregabilidade é um atributo fortemente vinculado à condição de ocupação. Nesse sentido, os resultados do mercado de trabalho de enfermagem no Sudeste parecem confirmar a hipótese de que os empregos gerados de auxiliares de enfermagem não são exatamente “novos”, mas sim em grande parte um remanejamento de condição ocupacional anterior.

## Sul

No período considerado, a Região Sul apresentou o principal incremento do emprego formal para o conjunto do pessoal de saúde. Em 1995, o total de vínculos do pessoal de saúde correspondia a 131.854 empregos, ao passo que, em 2000, esse total subiu para 159.434 empregos, correspondendo a um incremento de 20,92%. A expansão do mercado de trabalho para o pessoal de saúde, nessa região, representou o dobro do incremento verificado no Sudeste. O padrão de comportamento das diferentes categorias profissionais mostra que todas apresentaram crescimento, exceto a categoria atendente de enfermagem. Esse desempenho reforça a hipótese de associação entre a capacidade de regulação do exercício profissional e da oferta de qualificação neste espaço regional. Os atendentes de enfermagem que eram 13.890, em 1995, caíram para 4.261 em 2000, o que significou uma diminuição de 69,32%. Essa trajetória declinante reforçou a tendência verificada noutras regiões do País, tendo sido o ritmo da queda apresentado no Sul o maior do Brasil. Ao lado desse desempenho, ocorreu um incremento quase correspondente do número de vínculos para a ocupação de auxiliar de enfermagem: 67,99%.

Como conseqüência, o Sul apresentou os melhores resultados relativos entre as regiões consideradas. O volume de emprego de enfermeiro em geral também se destaca na medi-

da em que o incremento total dessa ocupação atingiu 36,57%, entre 1995 e 2000. O comportamento de expansão do mercado de trabalho de saúde, na região, superou inclusive os resultados apresentados pelo Sudeste. Embora os números absolutos do Sul fiquem abaixo dos resultados obtidos no Sudeste, a proporção de empregos qualificados (nível superior) é maior. Considerando a proporção de enfermeiros com relação ao conjunto de trabalhadores dos serviços médicos e odontológicos, o Sul atingiu a marca 1:31, contra 1:35 no Sudeste.

A comparação do desempenho dos empregos de saúde e outras ocupações do setor Saúde mostraram que ocupações como recepcionista em geral, recepcionista de consultório médico e trabalhador de serviços gerais, seguiram a tendência de incremento nacional. Confirmando outra tendência observada no plano nacional, os empregos de menor qualidade estão entre os que apresentaram o maior crescimento absoluto na região. Isso é evidenciado pelo caso dos trabalhadores de serviços gerais, que compunham um total de 2.306 empregos em 1995, saltando para 4.280 empregos em 2000, atingindo crescimento de 98,05%.

O quadro apresentado pelo Sul mostra que sua situação relativa no mercado de trabalho do pessoal de saúde é a melhor do País, sob todos os aspectos. As principais características são: a) maior crescimento percentual de empregos do setor Saúde em geral; b) melhor proporção de empregos mais qualificados com relação aos empregos menos qualificados no setor Saúde; e c) maior taxa de queda dos empregos de atendentes de enfermagem.

## Centro-Oeste

A Região Centro-Oeste se aproxima das tendências apresentadas pelo Norte e Nordeste. O resultado dos empregos para o pessoal de saúde, por exemplo, sofreu uma retração generalizada no período considerado. A queda percentual do total dos empregos, entre 1995 e 2000, atingiu 13,70%. O efeito dessa retração recaiu princi-

palmente sobre as ocupações ligadas à equipe de enfermagem. O estoque de empregos de enfermeiro em geral caiu 50,28%, declinando de 2.828, em 1995, para 1.406, em 2000.

Paralelamente, o contingente dos auxiliares de enfermagem também seguiu tendência inversa à nacional e também declinou 7,42%. Esse fenômeno ocorreu mesmo diante da forte contração dos empregos de atendente de enfermagem, cujo estoque recuou 52,40%. O comportamento atípico da região parece confirmar as hipóteses de Girardi (2001), que relaciona a queda dos vínculos de atendente de enfermagem ao crescimento de ocupações como trabalhador de serviços gerais e faxineiro, entre outros. Nesse caso, a expansão dos empregos do trabalhador de serviços gerais resultou no incremento de 90,60% no estoque dessa ocupação. A possibilidade de existência de “maquiagem” do antigo atendente de enfermagem, sob a classificação de outras ocupações, deve ser fortemente considerada no Centro-Oeste.

#### Considerações finais

Na área de Saúde tem-se observado: a) tendência à privatização do emprego, com o encolhimento absoluto do emprego público nas regiões menos desenvolvidas do País; b) concentração relativa dos empregos públicos nas regiões mais desenvolvidas; c) deterioração do emprego formal nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde a queda de participação do emprego público não foi compensada pela expansão dos empregos privados, resultando na queda do estoque de emprego na área de saúde.

A reestruturação do setor Saúde acompanhou a reestruturação do seu mercado de trabalho: a) crescem as ocupações ligadas à realização do valor – como o trabalhador de serviços gerais, recepcionista de consultório médico ou dentário, recepcionista em geral, auxiliar de escritório e as ocupações gerenciais – contadores e administradores.

Quanto à análise regional, percebe-se: a) tendência de concentração

dos empregos na área de Saúde no Sudeste, sobretudo os empregos gerados pelos estabelecimentos públicos; b) o Nordeste apresenta uma queda de participação tanto no emprego público, como privado, havendo perda maior no emprego público; c) o Norte e Centro-Oeste apresentam queda na participação do setor público e pequeno crescimento da participação do setor privado; d) o Sul amplia tanto o emprego público, quanto o privado, no período entre 1995 e 2000.

Quanto ao pessoal de enfermagem percebe-se: a) um inquestionável processo de substituição da ocupação de atendente por auxiliar; b) a expansão moderada dos empregos de enfermeiro, ao passo que o auxiliar de enfermagem apresenta movimentações abruptas; d) crescimento dos empregos do pessoal de enfermagem em direção à administração pública.

---

#### Referências bibliográficas

- BALTAR, P. E. A, DEDECCA, C. S.; HENRIQUE, W. Mercado de trabalho e exclusão social no Brasil. In: *CRISE e Trabalho no Brasil*. São Paulo: Scritta, 1996.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Relação Anual de Informações Sociais – Rais (CD), 1995 e 2000*. Brasília, 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Associação Brasileira de Enfermagem. *Força de Trabalho em Enfermagem*. O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil 1982/83. Rio de Janeiro, 1985. v. I.
- GIRARDI, S. Sinais de mercado de trabalho do pessoal de enfermagem no Brasil. In: *ESTUDO PROFAE*, n. 01, jan. 2001. Brasília, 2001.
- MALAGUTI, M. L. *Crítica à razão informal*. São Paulo: Boitempo, 2001.
- POCHMANN, M. *A década dos mitos*. São Paulo: Contexto, 2001.

## **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio e Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária**

### **National Survey by Domicile Sample – *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio* – and Research on Medical-Sanitary Assistance – *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária***

Lilibeth M. Cardoso Roballo Ferreira

Gerente de Estudos e Pesquisas Sociais do Departamento de População e Indicadores da Diretoria de Pesquisas do IBGE

---

A entrevistada Lilibeth Maria Cardoso Roballo Ferreira é socióloga, com atuação concentrada na área de estudos e pesquisas sobre população e indicadores sociais, desde 1978, quando iniciou sua carreira no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e onde permanece até hoje. Nesse campo, oferecendo forte contribuição, elaborou e desenvolveu trabalhos voltados para a compreensão da situação de saúde no País. Ainda na vasta área de Saúde, implementou diversas pesquisas, sendo grande parte delas dirigidas ao estudo dos estabelecimentos de saúde. Uma outra linha de atuação foi a participação em grupos de pesquisas – geralmente como suplemento à Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares (PNAD) – para investigação das condições de saúde da população, além das demandas pelos serviços de saúde. Atualmente, a entrevistada é gerente de Estudos e Pesquisas Sociais do Departamento de População e Indicadores Sociais da Diretoria de Pesquisas do IBGE.

The interviewed, Ms. Lilibeth Maria Cardoso Roballo Ferreira is a sociologist, whose work is focused on the field of studies and surveys on population and social indicators, since 1978, when she started her career at the Brazilian Institute of Geography and Statistics – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) –, where she works until nowadays. In that field, she prepared and developed works, providing strong contribution, addressed to understanding the health situation in the country. Still in the broad field of health, she implemented several researches, being most of them addressed to the study of health facilities. Another baseline for her work was the participation in research groups – usually as a supplement to the Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares (PNAD) for surveying the population’s health conditions, besides the demands for health services. Currently, the interviewed is the Manager of Social Studies and Researches of the Department on Population and Social Indicators of the IBGE Researches Directorate.

---



*Formação* – Quais são as bases de dados que o IBGE utiliza para a construção de indicadores sociais na área da Saúde?

*Lilibeth Ferreira* – As bases de dados são de duas fontes principais. A primeira, utilizada para denominadores dos indicadores construídos, são os dados de população obtidos nos Censos Demográficos e nas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD). A segunda fonte utiliza todas as pesquisas que tratam temas diretos de saúde ou aqueles ligados a área de Saúde. Podemos citar a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), os suplementos temáticos da PNAD, a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB), a Pesquisa do Registro Civil e a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC). É importante esclarecer que vários indicadores demográficos e sociais são utilizados na área de Saúde para contextualizar o tema saúde, apontando as condições socioeconômicas e demográficas da população.

*F* – O que é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios? Qual é seu objetivo e sua importância?

*LF* – A PNAD é uma pesquisa por amostra de domicílios, de âmbito nacional e de periodicidade anual, criada com a finalidade de produzir informações para o planejamento e estudo do desenvolvimento socioeconômico do País. É uma pesquisa de fundamental importância para a construção de indicadores demográficos, tais como estimativas populacionais e outras avaliações das tendências demográficas, uma vez que os censos são realizados de 10 em 10 anos.

A PNAD foi definida para atender múltiplos propósitos, abrangendo as áreas demográficas, de Saúde, de consumo alimentar e nutrição, de condições de habitação e equipamentos domésticos, de educação e cultura, e de nível econômico do domicílio.

Considerando a impossibilidade de investigar continuamente todos os

temas contidos nessas áreas ou mesmo esgotar qualquer um deles, a PNAD foi estruturada como um sistema constituído por Pesquisa Básica, Pesquisas Suplementares e Pesquisas Especiais.

A Pesquisa Básica da PNAD destina-se a investigar, de forma contínua, os temas definidos como mais importantes para medir o nível e acompanhar a evolução socioeconômica da população do País. As Pesquisas Suplementares, a aprofundar os temas permanentes e a investigar outros assuntos de interesse que se interliguem com a Pesquisa Básica. As Pesquisas Especiais destinam-se a tratar de assuntos de maior complexidade, que exigem tratamento à parte da Pesquisa Básica, podendo até requerer um esquema de amostragem distinto.

Desde o seu início, os temas eleitos para serem pesquisados, por meio da Pesquisa Básica, foram habitação e trabalho, associados a algumas características demográficas, educacionais e de rendimento. Eventualmente, outros assuntos foram agregados à Pesquisa Básica, mas sem adquirir o caráter de permanência. A partir de 1992, os temas suplementares têm sido pesquisados agregados à Pesquisa Básica.

A PNAD abrange todo o território nacional, com exceção da área rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá. Essa área rural excluída da pesquisa abriga cerca de 2,5% da população do País.

A pesquisa divulga os resultados sobre Brasil, grandes regiões, Unidades da Federação e nove regiões metropolitanas (Belém, Recife, Fortaleza, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre), que é realizada por meio de uma amostra probabilística de domicílios, selecionada em três estágios: municípios, setores e domicílios.

*F* – Em suas edições, a PNAD sempre aborda as características gerais da população – educação, trabalho, rendimento e habitação, e outras – com periodicidade variável, como as ca-

racterísticas sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição e outros temas (*os suplementos*) que são incluídos no sistema de acordo com as necessidades de informação para o País. Na PNAD 2001, esta estrutura continua mantida? Há algum tema especial?

*LF* – A estrutura continua a mesma. Em 2001, foi realizado o suplemento sobre o trabalho das crianças e adolescentes. Em 2002, não foi realizada nenhuma pesquisa suplementar. Naquele ano, foram introduzidas quatro novas variáveis na parte de domicílios. Foram elas: número de banheiros; área do imóvel; valor do imóvel (classes de valor) e a existência de garagem.

*F* – Na PNAD 1999, o tema saúde foi excluído. Há alguma previsão de uma edição contendo novamente o tema saúde?

*LF* – Sim. Novamente com o apoio do Ministério da Saúde, a PNAD 2003 será acompanhada de um suplemento temático sobre saúde. Esse suplemento será em sua estrutura geral o mesmo aplicado em 1998, no entanto, algumas alterações foram feitas no intuito de apreender melhor as indagações desse mesmo ano. Foram introduzidas perguntas sobre as características da saúde preventiva das mulheres acima de 25 anos, em que perguntamos sobre o acesso a serviços de saúde e exames realizados com a intenção de prevenir as doenças mais frequentes que afetam as mulheres deste grupo.

*F* – Até agora a PNAD não inclui as residências ditas rurais da Região Norte, e o Estado do Tocantins ainda faz parte da Região Centro-Oeste. Existe interesse em mudar a metodologia de abordagem geográfica e passar a incorporar-se à Região Norte não-urbana, ou será mantida a metodologia atual?

*LF* – O IBGE vem estudando a possibilidade técnica e operacional de inclusão da Região Norte rural em sua amostra. Estudos internos apontam para a viabilidade técnica e operacional

para essa expansão. No entanto, os custos operacionais para coleta nas áreas rurais da Região Norte são muito elevados, uma vez que exigirá uma reestruturação em nossa rede de coleta, de forma que possamos cobrir todas as áreas de difícil acesso, o que demanda recursos orçamentários e financeiros de alta monta.

Quanto ao Estado do Tocantins, em 1988, o antigo Estado de Goiás foi desmembrado para constituir os atuais estados de Goiás e de Tocantins, passando este último a fazer parte da Região Norte. Na PNAD, essas alterações foram incorporadas a partir de 1992. Conseqüentemente, para os levantamentos da PNAD, realizados de 1988 a 1990, as estatísticas produzidas para a Região Norte não incluíram a parcela correspondente ao atual Estado do Tocantins, que permaneceu incorporado às da Região Centro-Oeste.

Visando manter a homogeneidade dos resultados produzidos, a partir de 1992, as estatísticas da PNAD apresentadas para a Região Norte referem-se somente à sua parcela urbana, não agregando, portanto, as informações da área rural do Estado do Tocantins, única Unidade da Federação dessa grande região em que o levantamento não se restringiu às áreas urbanas. Entretanto, os resultados referentes a este estado retratam a sua totalidade, uma vez que agregam as informações das áreas urbana e rural. Ademais, as estatísticas apresentadas para o Brasil foram obtidas considerando as informações de todas as áreas pesquisadas, representando, portanto, a totalidade do País, com exceção da área rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

*F* – O que é a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS)? Qual sua importância e seu objetivo? Qual é a sua abrangência?

*LF* – A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS 2002) é um levantamento que visa obter dados cadastrais e gerais dos estabelecimentos de saúde no País. A AMS pesqui-

sa todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, com ou sem internação em todos os municípios brasileiros.

Com base nos dados coletados, é possível identificar as necessidades de investimentos governamentais no setor Saúde, em determinadas áreas geográficas, e avaliar o seu desempenho, quer pela capacidade instalada (número de estabelecimentos existentes), quer pela oferta de serviços à disposição da população. Esses e outros indicadores obtidos por meio da AMS permitem às esferas de governo federal, estadual e municipal formular Políticas de Saúde, planejar suas ações e implementar programas para suprir carências específicas do setor.

A AMS pesquisa em cada unidade de saúde as características gerais (cadastro) dos estabelecimentos, condição de funcionamento, esfera administrativa, natureza jurídica, se geral, especializado ou com especialidades, tipos de especialidades, turnos de funcionamento, algumas instalações ou serviços, prestação de serviços a planos de saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), coleta seletiva de rejeitos, equipamentos, serviços e, na parte de recursos humanos, levanta as informações do pessoal de nível superior, técnico, elementar e do pessoal administrativo.

*F* – Existe alguma limitação da AMS na análise de dados da área de Recursos Humanos?

*LF* – As informações sobre recursos humanos disponíveis na AMS são um farto material para análise. Com elas, é possível traçar um quadro bastante atual da disponibilidade de pessoal de saúde nos estabelecimentos, destacando-se os postos de trabalho por níveis, além de jornada de trabalho e do vínculo com o estabelecimento (próprio, intermediado e outros vínculos). A limitação que se impõe ao uso dos dados refere-se ao fato de que não podemos contar profissionais e sim postos de trabalho. Isso, porque um profissional de saúde pode ocupar um posto de trabalho em mais

de um estabelecimento de saúde, em jornadas distintas, e seria um erro somarmos os postos ocupados de todos os estabelecimentos.

*F* – Qual é a possibilidade de comparação dos dados da AMS desde sua criação?

*LF* – Existem possibilidades de comparação da série histórica, com os devidos cuidados metodológicos. Os dados, em que não há nenhuma mudança na série histórica, referem-se ao número de estabelecimentos com e sem internação, número de leitos, movimento de internação, recursos humanos e número de equipamentos.

*F* – Qual é a diferença metodológica entre a AMS 1999 e a AMS 2002?

*LF* – As principais alterações da AMS 2002 referem-se à classificação dos estabelecimentos de saúde. Foram pesquisadas, em cada estabelecimento de saúde, as terceirizações porventura existentes. Assim, a AMS 2002 apresenta uma novidade importante para o setor Saúde, sendo possível conhecer os serviços que são terceirizados, tais como, análises clínicas, radiologia, hemodiálise etc. É importante esclarecer que, quando o serviço terceirizado for um outro estabelecimento – atendendo aos requisitos de elegibilidade da pesquisa – foi feito o seu cadastramento.

*F* – Quais foram as modificações introduzidas?

*LF* – Ao longo da série histórica, houve muitas modificações, pretendendo-se melhorar a cada ano a cobertura e a qualidade das informações. Entre a pesquisa de 1999 e 2002, foi introduzido um questionário simplificado para os estabelecimentos com menor complexidade, a inclusão dos laboratórios de análises clínicas, que fazem apenas análises de bioquímica e ou bacteriologia, e para a investigação de bens e serviços disponíveis no SUS, como equipamentos, leitos e serviços de alta complexidade, antes só pesquisados quanto à existência ou não dos mesmos nos estabelecimentos.

*F* – A pesquisa foi marcada por problemas de descontinuidade e mudanças metodológicas, o que prejudicou sua análise histórica. Como ficam os estudos que envolvem a série histórica dentro da perspectiva da nova AMS?

*LF* – Como ressaltado anteriormente, as reformulações procuraram sempre melhorar a qualidade das informações e a melhor cobertura do âmbito da pesquisa. A partir da AMS de 1999, não houve uma classificação prévia do tipo de estabelecimento de saúde, como nos anos anteriores (postos de saúde, hospitais, unidades mistas, centros de saúde, clínicas etc.). Isso porque, conforme nossa avaliação, as denominações e conceitos usados até então estavam muito distantes da realidade do setor Saúde. Em discussões técnicas com o Ministério da Saúde e diferentes setores da área, optou-se por abandonar a antiga conceituação. A partir de 1999, para classificar as unidades de saúde é necessário uma avaliação dos recursos disponíveis (físicos, materiais e humanos) e da complexidade tecnológica.

*F* – As pesquisas anteriores apresentavam problemas na Região Norte em razão de suas peculiaridades geográficas. Nesta edição, como foi a coleta de dados nessa região?

*LF* – A coleta de dados na Região Norte é sempre muito cara e cheia de peculiaridades. No entanto, nossa rede de coleta é muito esforçada e dedica atenção muito especial a essas pesquisas. Contamos com pessoas muito acostumadas àquelas adversidades geográficas, pois são pesquisadores residentes naquela região. Assim, tivemos bons resultados.

# Classificação Brasileira de Ocupação

## Brazilian Classification of Occupation

Paulo Jobim Filho

Ex-ministro do Trabalho e Emprego (MTE)

---

O entrevistado Paulo Jobim Filho, ex-ministro do Trabalho e Emprego (MTE), em 2002, é economista, com mestrado em Ciência em Informática. Nos anos 90, foi secretário-executivo do Ministério da Indústria, do Comércio e do Turismo, e também secretário-executivo do Conselho Interministerial do Açúcar e do Alcool. Na área acadêmica, atuou como professor colaborador da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ), entre 1993 e 1994 e, ainda, como professor assistente da Universidade de Brasília, tendo iniciado esta atividade em 1976.

The interviewed Mr. Paulo Jobim Filho, former Minister of Labor and Job (MTE), is an economist, with Master Degree in Computer Science. During the 1990's, he was the Executive Secretary of the Ministry of Industry, Commerce and Tourism, as well as the Executive Secretary to the Cross-Ministry Council of Sugar and Alcohol (*Conselho Interministerial do Açúcar e Alcool*). In the academic field, he was a Collaborator Professor at the Catholic University in Rio de Janeiro – *Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ)*, from 1993 to 1994 and, also, Assistant Professor to the University of Brasilia since 1976.

---



*Formação* – O que é a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO)? Qual sua importância?

*Paulo Jobim* – A CBO é o documento que reconhece, nomeia e codifica os títulos e descreve as características das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É publicação de referência tanto para estudantes, trabalhadores, empregadores, pesquisadores, especialistas em formação profissional, organizadores de currículos e governantes que buscam informações organizadas do mercado de trabalho, tanto para entendê-lo, como para tomar decisões nas esferas pessoal, empresarial e pública. A CBO, por exemplo, é referência para inúmeras estatísticas administrativas como a Relação Anual de Informações Sociais (Rais), o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), seguro-desemprego, emprego e desemprego, dentre outras. Além disso, é ferramenta de codificação para intermediação de mão-de-obra.

*F*– Qual é a diferença entre ocupação e profissão no âmbito da CBO?

*PJ* – Ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas. O conjunto de ocupações similares recebe o nome de família ocupacional.

Na CBO, usa-se o termo “profissionais” para um grande número de famílias ocupacionais cujo exercício requer nível superior, seguindo orientação da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Alguns títulos de famílias ocupacionais de nível superior podem omitir o termo “profissionais”, em função da consagração do título e da facilidade de seu reconhecimento pelos usuários das estatísticas. Assim denominamos *médicos* e não *profissionais da medicina*. Há poucos casos em que o termo “profissionais” foi usado para um conjunto de situações de trabalho que não requer nível superior, pelos mesmos motivos de consagração do título, como os *trabalhadores do sexo* que foram incluídos como *profissionais*

*do sexo*, título amplamente usado nos programas de saúde.

O termo profissão também pode ser entendido como o conjunto de regras de acesso, geralmente sancionado por um diploma que possibilita o ingresso em determinados tipos de trabalho. O profissional é definido pelos seus conhecimentos ou competências escolares e não por suas competências profissionais. Enquadra-se nesse contexto, por razões históricas, as profissões liberais de nível superior e os técnicos de nível médio. Como até recentemente o Brasil não tinha uma classificação de cursos (ou de formação), as versões anteriores da CBO incluíam títulos de formação em suas categorias ocupacionais, nos casos em que o título de formação coincidia com o título ocupacional.

A rigor, a profissão é reconhecida pelo diploma enquanto as ocupações são reconhecidas pelas situações de trabalho que o indivíduo desempenha. Entretanto, as pessoas não fazem essa distinção, usando o termo profissão e ocupação como sinônimos. É comum ouvirmos um cidadão falar do orgulho que sente de sua profissão, independentemente de onde ele tenha aprendido – se na escola ou no seu exercício.

Há razões históricas para que o uso dos dois termos. O “profissional” era aquele que exercia o ofício integralmente nas corporações de ofício. E o “trabalhador” era o que exercia a ocupação resultante de trabalho parcelado. Hoje em dia, com a diversidade de desenho de situações de trabalho (mais polivalentes ou menos polivalentes), não faz muito sentido fazer esta distinção. Além do mais, o uso de jargões dificulta o entendimento da classificação. O que deve ficar claro é que “profissão” não deve ser usada como sinônimo de “formação”. Uma determinada formação acadêmica ou técnica pode potencializar seus egressos a ocupar inúmeras situações de emprego, sejam elas denominadas de ocupações ou profissões.

*F* – De acordo com a nova CBO, qual é o número de profissões exis-

tentes no Brasil? Qual é o número de profissões regulamentadas no País e na área da Saúde?

*PJ* – Entendendo profissão como sinônimo de ocupação, a nova CBO contém 596 famílias ocupacionais, em que se agrupam 2.422 ocupações e cerca de 7.258 títulos sinônimos do mercado de trabalho. Das 2.422 ocupações, 84 têm o seu exercício profissional regulamentado. Na área de Saúde, são regulamentadas 13 ocupações.

*F* – A última versão da CBO foi editada há 20 anos (edição da CBO em 1982), quais são as diferenças entre a atual e a anterior? Qual foi a metodologia utilizada no processo de descrição das ocupações existentes?

*PJ* – A CBO tem duas funções – enumerativa e descritiva. A primeira, a que possibilita estatísticas de trabalhadores por título ocupacional, era usada apenas nos registros administrativos como Rais, Caged, dentre outros. Na nova CBO, a função enumerativa passa a ser usada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fundação Sistema Estadual de Análise e Dados (Seade), Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) que coletam dados nos domicílios.

A função descritiva – a que inventaria as atividades realizadas no trabalho – é utilizada nos serviços de recolocação de trabalhadores, como o realizado no Sistema Nacional de Empregos (Sine), na elaboração de currículos e na avaliação de formação profissional, nas atividades educativas das empresas e dos sindicatos, nas escolas, nos serviços de imigração, enfim, em atividades em que informações do conteúdo do trabalho sejam requeridas. Na nova versão, as atividades são inventariadas por família ocupacional, facilitando uma visão ampliada das interseções entre situações de trabalho vizinhas. Nas versões anteriores, as descrições eram apresentadas por ocupação.

Cada família ocupacional foi descrita por um grupo de 8 a 12 traba-

lhadores da área, em oficina de trabalho (ou painel) com duração de três dias, sendo dois dias de descrição e um dia de revisão, por outro comitê, também formado por trabalhadores. Ao todo, foram 1.800 reuniões por dia, em vários pontos do Brasil, com a participação de aproximadamente 7 mil trabalhadores. Na CBO anterior os trabalhadores não participaram da elaboração da descrição.

A outra novidade foi a mudança de filosofia de trabalho na CBO, a partir do desenvolvimento de sua nova base – de uma publicação ocupacional que era atualizada pontualmente, em um corte no tempo, publicada em papel, passou-se à montagem de uma rede de informações organizada em banco de dados, apoiada por um conjunto de instituições conveniadas que atualiza a base de forma contínua e incrementa novos desenvolvimentos, sob a coordenação do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Para o processo de descrição adotou-se o método Dacum – Developing A Curriculum –, adaptando-o para descrever famílias ocupacionais. Trata-se de um método muito utilizado no Canadá, nos Estados Unidos e em outras partes do mundo, há mais de quarenta anos.

*F* – Na área da Saúde, quais são as mudanças que podem ser observadas? Quais são as ocupações emergentes e as em extinção na área da Saúde?

*PJ* – A CBO captou, durante o trabalho de descrição, a tendência para o aumento das exigências de qualificação em todas as categorias ocupacionais da área de Saúde. Há o surgimento de novas ocupações vinculadas ao trabalho de atendimento à terceira idade (cuidadores de idosos), à medicina comunitária (agente comunitário de saúde, médico de família, dentre outras), e às novas especialidades. Há também o aparecimento de ocupações novas, como a dos técnicos de imobilizações ortopédicas.

*F* – Como as diferenças regionais existentes na denominação das ocu-

pações são tratadas no âmbito da CBO?

*PJ* – As diferenças de títulos ocupacionais entre regiões são incluídas no índice ampliado de títulos que registra os títulos sinônimos.

*F* – De que forma a CBO pode atuar como um referencial para a Educação Profissional?

*PJ* – A nova CBO fez um inventário das atividades de trabalho desempenhadas pelos trabalhadores brasileiros, consolidado em mais de 500 famílias ocupacionais. Essas matrizes podem ser detalhadas e relacionadas a conhecimentos, habilidades e atitudes mobilizadas para o exercício das atividades elencadas. Esse material é um dos pontos de partida para a construção de currículos em um processo conhecido como engenharia da formação profissional. O interessante é que as atividades de cada matriz podem ser continuamente atualizadas. Como essas matrizes estão na internet, o MTE poderá receber críticas dos usuários e profissionais da área para a sua constante atualização.

*F* – Qual é a contribuição da CBO 2002 para o mercado de trabalho brasileiro?

*PJ* – Além de criar uma linguagem comum que organiza o mercado de trabalho, é disseminar informações atualizadas sobre o conteúdo das atividades do mundo do trabalho, possibilitando o uso dessas informações por agentes sociais e de políticas públicas. A CBO caminha no sentido de aprimorar-se como ferramenta auxiliar da qualificação geral do trabalhador brasileiro.

*F* – O banco de dados da CBO é utilizado por alguma instituição? Quais?

*PJ* – No que diz respeito a estrutura de títulos, em diferentes níveis de agregação, a nova CBO já foi usada no Censo 2000, pelo IBGE, e na classificação ocupacional da Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF). Com relação à classificação descritiva, no

próprio processo de descrição, as informações geradas já foram utilizadas para inúmeros cursos de formação profissional das mais diversas áreas, como por exemplo: na área de aeronáutica, robótica, cuidadores de idosos, dentre outros. Desde o seu lançamento, o MTE tem recebido cerca de 200 mensagens por dia. Ao aumentar a sua disseminação, espera-se que ela possa ser usada em escolas, empresas, sindicatos, entidades governamentais e não-governamentais.

*F* – Quais são as expectativas futuras com relação à nova CBO?

*PJ* – O MTE tem como expectativa que a disseminação da nova CBO possibilite gradativamente a melhoria de qualidade dos registros administrativos e censitários no Brasil, no que se refere ao mercado de trabalho. Em segundo lugar, a continuação do projeto CBO objetiva detalhar informações sobre conhecimentos e outros atributos mobilizados no desempenho do trabalho. Espera-se, com isso, que a CBO 2002 sirva como instrumento para a sonhada ponte entre educação e trabalho, auxiliando a organização de currículos nas escolas e o desenvolvimento de pessoal nas empresas e que ao mesmo tempo, seja um instrumento para o aumento de sintonia entre demanda e oferta de emprego nos processos de intermediação de mão-de-obra.

