

O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças¹

Rômulo Maciel Filho e Célia Regina Pierantoni

Introdução

Este artigo tem por objetivo recuperar os aspectos conceituais que envolvem o trabalho e suas aplicações para a área da saúde, focalizando o profissional médico.

A escolha do tema relaciona-se tanto pela centralidade desse profissional para o trabalho em saúde como pela necessidade de conhecimentos sobre a percepção das mudanças ocorridas na profissão relacionadas a: perda de autonomia, assalariamento, condições de trabalho, flexibilização das relações de trabalho, incorporação tecnológica e especialização, priorização da atenção básica na política de saúde e expansão do mercado de trabalho no Brasil via estratégia de Saúde da Família nos anos recentes.

A partir da análise e das abordagens sobre o mercado de trabalho médico, seu contexto histórico, político, econômico, social e institucional, pretende-se contribuir para a compreensão de fatores determinantes envolvidos na área de recursos humanos e das possibilidades de intervenção das políticas públicas, em especial da política de saúde.

Aspectos conceituais

Transcorridos quinze anos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os principais obstáculos à garantia de universalização e equidade da atenção à saúde permanecem sendo os desequilíbrios econômicos, regionais e institucionais que ainda caracterizam o setor e compõem o quadro geral de desigualdades da sociedade brasileira desde seus primórdios.

Tais desequilíbrios têm dificultado a gestão do mais complexo insumo do setor, os recursos humanos, agindo sobre sua dinâmica, formação, estrutura

¹ Este artigo integra parte da pesquisa *Distribuição dos médicos no Brasil: um desafio para a política nacional de recursos humanos em saúde*.

ocupacional e mercado de trabalho, que são fortemente influenciados pela lógica econômica da produção de bens e serviços de saúde. Essa influência é de tal magnitude que, ainda que se postule por um conceito mais humanizado para se referir aos profissionais empregados no setor, não há como ignorar seu caráter de insumo no mercado capitalista. Entende-se, assim como Nogueira (1983, p. 62), que:

[...] não faz sentido rejeitar a expressão recurso humano em nome de um pseudo-humanismo que não admite a redução do trabalhador a uma coisa gerenciável, o que seria uma atitude semelhante à de negar que, no mercado capitalista, a força de trabalho possa aparecer na qualidade de uma mercadoria. As cruas relações político-institucionais, assim como as econômicas, são inteiramente objetivas e devem ser reconhecidas como tais para que possamos transformá-las e verdadeiramente humanizá-las.

O mesmo autor reforça a compreensão de que os conceitos de *recursos humanos e força de trabalho*, embora aparentemente muito próximos, têm cada um sua própria esfera de aplicação. Consagrado na economia política clássica de Smith, Ricardo e Marx, o termo *força de trabalho* presta-se a um uso simultaneamente descritivo e analítico de fenômenos demográficos e macroeconômicos, que envolvem produção, emprego, desemprego, renda, divisão de trabalho, assalariamento, etc. A expressão *recurso humano*, por sua vez, é originária da ciência da administração e refere-se à ótica gerencial ou de planejamento, em âmbito micro ou macroinstitucional, remetendo à gestão, à capacitação, à seleção, ao plano de cargos e salários, dentre outros aspectos, tendo sua raiz doutrinária na teoria de sistemas (id., *ibid.*).

Troncoso et al. (1986) oferecem interessante análise em que integram os dois conceitos à abordagem de Donnangelo (1976), que, ao explorar a medicina como *prática técnica* e como *prática social*, se propôs a averiguar a especificidade de suas relações com a estrutura econômica e político-ideológica das sociedades contemporâneas. Entendem que a medicina como *prática técnica* supõe considerar o médico como um profissional dotado de capacidade técnica para dar resposta a uma necessidade social, o que torna adequado considerá-lo como recurso humano, ou seja, como parte de um conjunto de indivíduos que detêm um saber técnico que os coloca em condições de resolver um problema que a sociedade considera relevante. Como *prática social*, por sua vez, argumentam que esse saber técnico só pode ser aplicado a seu objeto por meio do processo social de produção dos serviços de saúde, subordinado

à mediação de um conjunto de relações. Assim, a inserção do portador do saber técnico (o recurso humano) nesse processo dependerá de uma série de circunstâncias sociais, em especial aquelas referentes à disponibilidade dos meios de trabalho e da possibilidade de controle do próprio processo de trabalho:

Conforme al mayor o menor control del médico sobre su proceso de trabajo y los medios indispensables para llevarlo a cabo, variarán las condiciones sociales de su práctica: tendrá la posibilidad de desempeñarse en forma autónoma, conservando el control de las prerrogativas tradicionalmente asociadas con la práctica liberal, o deberá resignar alguna de tales prerrogativas, ubicándose en ambos casos como trabajador autónomo; trabajará como funcionario asalariado en un proceso de producción de servicios no orientado a la obtención de lucro, formando parte entonces del personal de un servicio público o perteneciente a la seguridad social; o bien se insertará como fuerza de trabajo asalariada en un sistema de producción dirigido fundamentalmente a la valorización de un capital. En este último caso el recurso humano se transforma en insumo de un proceso que ya no tiene como objetivo primordial la resolución de una necesidad social, sino la generación de un beneficio susceptible de apropiación privada (Troncoso et al., 1986, p. 538). [grifos no original].

Um terceiro importante conceito para a discussão aqui pretendida é o de *emprego em saúde*, entendido como as formas de inserção institucional dos profissionais no mercado de trabalho do setor (Medici et al., 1992). O termo *emprego* não se refere a indivíduos, mas a postos de trabalho, sendo originário da corrente teórica econômica defendida pelo economista inglês John Keynes (keynesianismo) e surge a partir dos anos 1930, com as preocupações do Estado em mapear aspectos específicos relacionados à demanda global por força de trabalho (id., ibid.). Os estudos sobre emprego dedicam-se a analisar os impactos que a política pública (social ou econômica) gera sobre a criação de postos de trabalho, dada a demanda global por trabalho numa dada economia (idem).

É a complementariedade teórica desses três enfoques conceituais – o gerencial-sistêmico de recursos humanos; o marxista de força de trabalho; e o keynesiano de emprego – que norteará a compreensão aqui adotada da inserção da categoria médica no mercado de trabalho em saúde. Entende-se, como Medici et al. (1991; 1992), que embora os três enfoques correspondam a formas distintas de interpretar a realidade, eles se complementam

mutuamente, em função das seguintes características, destacadas por esses autores:

- o primeiro conceito (recursos humanos), apesar de abstrair as relações sociais e fundamentar-se na teoria de sistemas, procura descrever e interpretar as formas de administrar esse "fator de produção", que é a capacidade de trabalho dos indivíduos;
- o segundo (força de trabalho) dedica-se às relações sociais que vinculam os trabalhadores a um ramo de atividade específica, considerando sua inserção no processo de trabalho;
- e o terceiro (emprego) destina-se à análise da demanda agregada por um conjunto determinado de postos de trabalho e respectivas inserções institucionais no mercado de trabalho.

São as leis do mercado que estabelecem as relações entre oferta e demanda da força de trabalho. A oferta refere-se à totalidade de indivíduos que trabalham num determinado setor ou que buscam trabalho, ao passo que a demanda é representada pelo total de postos de trabalho ocupados ou vacantes, proporcionados pelas instituições daquele setor (Nogueira, 1985).

A força de trabalho em saúde, além de estar submetida a essas leis gerais, subordina-se às especificidades do mercado de trabalho em saúde, o qual se configurou de forma definitiva, no mundo contemporâneo, no século XX, quando o Estado e o capital passaram a determinar o preço e as relações de compra e venda da força de trabalho do setor (Medici et al., 1991; 1992). Trata-se de um mercado que, sujeito à mesma dinâmica que caracteriza o mercado de trabalho capitalista em geral, incorporou, ainda, configurações específicas inerentes ao setor de serviços de saúde.

As influências do mercado capitalista fizeram-se sentir pela passagem do trabalho autônomo para o trabalho assalariado; pela divisão do trabalho de tipo manufatureiro para outra de tipo industrial; e pelo aumento de escala da força de trabalho utilizada em cada estabelecimento ou unidade produtiva. As configurações específicas do setor saúde, por sua vez, são representadas pela permanência de um setor predominantemente manufatureiro (o da prestação de serviços de saúde) e outro de natureza industrial (de produção de medicamentos e equipamentos médicos), a partir de um tronco histórico comum, no qual o profissional, além de prestar serviços, fabricava os instrumentos e os medicamentos que utilizava (id., *ibid.*).

No caso do mercado de trabalho para o médico, os dois principais fatores institucionais que o determinam são o sistema de ensino – que forma e cria a

oferta de profissionais - e o modelo de atenção à saúde, que atua decisivamente sobre a demanda e a composição dessa força de trabalho. Tanto a estrutura quanto o volume da oferta são regulados pelas potencialidades do sistema formador, sendo pressionados por demandas sociais, demográficas, político-ideológicas e pelas necessidades da estrutura produtiva. O volume e a estrutura da demanda, por sua vez, refletem as formas concretas de organização da assistência à saúde como resultado do direcionamento que as políticas sociais assumem em cada conjuntura histórica (Girardi, 1986), sendo também afetados pelas mudanças tecnológicas e do processo de trabalho em saúde.

A regulação entre oferta e demanda pode se dar por meio da relação direta de compra e venda da força de trabalho no mercado ou pela mediação estatal. A intervenção do Estado efetiva-se pela política de saúde adotada, que poderá estimular a produção e o consumo dos serviços de saúde segundo a lógica de mercado ou mediante a lógica do bem-estar social.

Antecedentes e dinâmica do mercado de trabalho em saúde nas últimas décadas

No Brasil, a intervenção do Estado começa a se dar de forma mais significativa no início do século XX, tanto pelo surgimento de uma nova modalidade de produção privada dos serviços de saúde quanto pela própria ação estatal (Gadelha, 1982). O processo de trabalho médico no país sofria, naquele momento, importantes alterações nos dois elementos definidores da profissão: o conhecimento e o mercado (Pereira-Neto, 1995).

Do ponto de vista do conhecimento, a associação entre condutas clínicas e morais (Luz, 1982) foi paulatinamente sendo superada em função do desenvolvimento científico e tecnológico, com a introdução da tecnologia diagnóstica e a incorporação dos avanços da bacteriologia e da medicina experimental. Cada vez mais, o exercício da atividade médica foi se tornando dependente do aparato tecnológico, exigindo investimento de capital em máquinas e equipamentos, determinando uma maneira de fazer medicina denominada por Donnangelo de "tecnológica" (Donnangelo, 1975; Edler, 1992; Luz, *op. cit.*; Pereira-Neto, *op. cit.*).

No que se refere ao mercado, o modelo hegemônico da prática médica baseado na relação individualizada entre o médico e o paciente, sem intermediários que estipulassem tempo, forma ou valor da consulta (Pereira-Neto, *op. cit.*), foi sendo substituído por relações mais complexas de mercado

de trabalho e de exercício da atividade profissional, subordinadas ao contexto político e socioeconômico.²

Essas mudanças fizeram-se sentir concomitantemente à própria evolução do setor de serviços de saúde no Brasil, que pode ser enfocada do ponto de vista histórico-estrutural em dois recortes básicos: o da saúde pública e o da assistência médico-hospitalar (Donnangelo, 1975; Gadelha, op. cit.; Luz, op. cit.; Medici et al., 1992), sendo fundamental para a compreensão dos fatores determinantes que conformaram o mercado de trabalho em saúde.

A intervenção do Estado brasileiro na saúde, até os anos 1920, limitou-se ao enfrentamento das demandas sanitárias de caráter coletivo, tais como o saneamento básico e o controle de epidemias e endemias, subordinada aos interesses agroexportadores nacionais, sendo o atendimento médico prestado por ordens religiosas, sociedades beneficentes ou pelos poucos médicos liberais.

Só posteriormente, com o início do processo de industrialização e de formação do sistema previdenciário, a interferência estatal no atendimento às demandas individuais por assistência médica e hospitalar se fez sentir, dando origem a um cenário que lançaria o Estado no centro do mercado de assistência médica e o transformaria em seu monopolizador (Donnangelo, 1975).

Dos anos 1960 a meados da década de 1980, a ação estatal fomentou e financiou o desenvolvimento de um complexo médico-industrial de produção de serviços e insumos, por meio de convênios e contratos com a rede privada, organizando a prática médica em moldes essencialmente capitalistas (Cordeiro, 1984).

A natureza privatizante da ação do Estado pode ser atestada pela grande expansão da rede hospitalar privada com fins lucrativos. Entre 1978 e 1979, a iniciativa privada respondia por 81,2% da rede de serviços de saúde, e três de cada quatro leitos hospitalares existentes no Brasil pertenciam ao setor privado, que ampliou sua capacidade de internação de 22.976 leitos em 1960 para 211.802 em 1984 (Medici, 1986; Medici et al., 1992; Nogueira, 1986). Essa expansão privada não se reproduziu na rede ambulatorial, mantida historicamente pelo setor público, responsável, em 1980, por 8.822 estabelecimentos deste tipo contra apenas 1.560 da rede privada (Nogueira, op. cit.).

²Em importante estudo sobre a sociologia das profissões de saúde, Machado (1995, p. 24), fundamentado em Larson (1977), destaca que a profissão médica, em sua evolução, foi a que mais adquiriu a "[...] capacidade de articular competentemente sua base cognitiva com os avanços tecnológicos mantendo sólida credibilidade de mercado".

Esse quadro foi determinante na configuração e mesmo na consolidação do mercado de trabalho em saúde, com um crescimento bruto do número de empregos de cerca de 53%, entre 1961 e 1971 (Medici et al., 1992).

Em 1982, o setor privado concentrava 51% do total de empregos em saúde, percentual este que nos estabelecimentos com internação alcançava 62,5% (Medici, 1986). No entanto, Nogueira (1986) ressalta que embora o setor público tenha investido menos na criação de leitos, gerou maior número de empregos de profissionais de saúde por leito instalado. Em 1979, apresentava uma relação de um emprego por leito, enquanto no setor privado (lucrativo ou filantrópico) essa relação era de 0,7. No mesmo ano, a rede ambulatorial pública absorveu 110.903 empregos de profissionais de saúde contra apenas 33.588 no setor privado (id., *ibid.*).

Embora tenha havido aumento do número de empregos para os profissionais de saúde em geral, essa expansão esteve assentada sobre duas principais categorias profissionais: o médico e o atendente de enfermagem, em especial no setor privado (Girardi, 1986; Medici, 1986). Entre 1976 e 1982, o crescimento de postos de trabalho médicos foi de 8,42% ao ano, e no final do período (1982) já representava 31% do total de postos de trabalho em saúde (Girardi, 1986).

O profissional médico transformou-se num trabalhador assalariado típico (Donnangelo, 1976; Machado, 1995; Medici et al., 1992), como decorrência de todo esse contexto político, econômico e de mercado, no qual "[...] o crescimento do setor privado lucrativo teve um papel decisivo, não só pelas dimensões de demanda que foi capaz de criar, como também por fixar certos padrões de compra e venda da força de trabalho mais qualificada: por exemplo, generalizou o uso do salário mínimo de médicos e de seu emprego em tempo parcial" (Nogueira, 1986, p. 26).

Ao longo dos anos 1980, expandiu-se o assalariamento e houve queda dos salários reais de médicos e outros profissionais de saúde, o que estimulou o múltiplo emprego, que já se fazia presente desde a década anterior (Medici, 1993).

Tanto no setor público quanto no privado, foi mantido o forte crescimento do emprego em saúde, com um incremento, no período de 1980 a 1987, de 5,3% ao ano, enquanto nas demais atividades econômicas esse percentual foi de apenas 1,3% (id., *ibid.*). No mesmo período, embora o setor privado se tenha mantido como principal empregador, o emprego público ampliou-se mais do que o privado, passando de 44,8% para 48,3% do total de postos de trabalho do setor (*idem*).

Os médicos continuaram figurando como principal categoria profissional no total de empregos de nível superior, ocupando, em 1987, cerca de 69% desses postos de trabalho (idem). Durante toda a década, o setor público foi ampliando sua participação como empregador desses profissionais. Em 1980, a área privada concentrava 53,5% dos empregos médicos. Quatro anos depois, em 1984, a esfera pública já cobria metade desses empregos (Girardi, 1986).

O final da década, no entanto, anunciava mudanças importantes na configuração do mercado de trabalho em saúde, decorrentes de alterações no contexto geral da política e da economia do país e do próprio setor saúde. Até então, o aumento da capacidade de absorção de empregos no setor havia sido sustentado, essencialmente, pela mesma fonte financeira, ou seja, o sistema previdenciário. O crescimento das despesas com assistência médica amparara-se no aumento da receita previdenciária, que só foi possível graças à expansão do emprego formal nos setores secundário e terciário da economia, fruto do crescente processo de industrialização e da urbanização acelerada (Nogueira, 1986). Contudo, paulatinamente, foi-se configurando um processo de desaceleração da economia brasileira, que redundou num cenário de crise, com repercussões, nos anos 1990, sobre a dinâmica do mercado de trabalho em geral.

Simultaneamente, o mercado de trabalho em saúde incorporava mudanças provenientes do processo de descentralização do setor, iniciado já em meados dos anos 1980, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e consubstanciado a partir de 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por um lado, manteve-se o crescimento do emprego em saúde no setor privado, especialmente na assistência hospitalar. Em 1999, considerando a rede total de estabelecimentos de saúde do país, a iniciativa privada era responsável por 41% deles; tomando-se o total de leitos hospitalares, esse percentual sobe para 70,5% (Silva e Costa, 2002). O crescimento do emprego no setor privado foi favorecido pela demanda de serviços especializados, diagnósticos e de alto custo por parte do SUS a esse setor e pelo crescimento do segmento da medicina complementar vinculada aos planos e aos seguros de saúde (id., *ibid.*). A partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE, Silva e Costa (op. cit.) mostram que, em 1998, 24,4% da população residente no Brasil se encontrava coberta por algum plano de saúde privado.

Por outro lado, embora ao longo da década tenha havido também um incremento do número de empregos médicos, considerando o período entre 1992 e 1999, tanto no setor privado (48,5%) quanto no público (31%), algumas importantes mudanças se fizeram sentir (*idem*). Configurações específicas no mercado de trabalho em saúde foram acontecendo, provenientes, em grande parte, da transferência de atribuição da prestação de serviços de saúde das esferas federal e estadual para a municipal. Já em 1992, o percentual de estabelecimentos de saúde sob gestão federal caíra de 28%, em 1981, para 5%; e sob gestão estadual, de 50% para 26% (*idem*). Ao final da década, em 1999, a participação federal e estadual na prestação direta de assistência à saúde tornara-se residual, com os municípios gerindo 92% dos estabelecimentos de saúde de propriedade estatal, ficando o governo federal com 2% e os estados com 6% (*idem*).

Enquanto o número de empregos municipais em saúde cresceu aproximadamente 85% entre 1992 e 1999, houve, no mesmo período, significativa redução no âmbito federal (57%) e estadual (10%) (*idem*). Do total de empregos em saúde em 1999 (1.891.550), 53% eram públicos e 47% privados, com os médicos respondendo por 23% do total (*idem*).

Uma importante consequência da municipalização dos serviços de saúde foi o incremento da atenção ambulatorial, com aumento do número de empregos para profissionais de saúde nesse nível de atenção. Esse aumento dos postos de trabalho na atenção ambulatorial foi particularmente expressivo no caso da categoria médica. Entre 1992 e 1999, houve, no país, um incremento da ordem de 38% no número de postos de trabalho médicos na assistência ambulatorial do SUS (*idem*). Rodriguez Neto (1996) ressalta, contudo, que esse mercado é essencialmente constituído por postos de trabalho na atenção básica, integrada por especialidades como clínica médica, pediatria, obstetrícia, etc., destacando que muitas vezes os concursos públicos realizados pela esfera municipal para preenchê-los sequer atraem candidatos, em particular no caso da clínica médica.

Paralelamente, no plano macroeconômico, também se registravam importantes alterações no mercado de trabalho brasileiro. Sem explorar aqui os determinantes econômicos, políticos e institucionais que vieram a construir esse cenário, interessa, no entanto, referir que:

As principais tendências observadas no mercado de trabalho brasileiro na década de 1990 são o crescimento das ocupações no setor terciário da economia, a precariedade das relações e das

condições de trabalho, crescimento do mercado informal, aumento do desemprego, estagnação dos rendimentos médios reais e a progressiva desregulamentação – flexibilização das condições de uso e de remuneração da força de trabalho e mudança nos marcos de proteção e assistência aos trabalhadores [...] (Silva e Costa, 2002, p. 276).

Baseados em estudo desenvolvido no ano de 2000 pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (Nepp), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Silva e Costa (2002) discutem o impacto da desestruturação e da desregulamentação do mercado de trabalho no Brasil nos anos 1990 sobre a qualidade do emprego no setor saúde. Os autores mostram que:

[...] As mudanças estruturais e de orientação macroeconômica afetaram seguramente os contratos de trabalho, ampliando a informalidade dos vínculos trabalhistas e gerando poucos incentivos às atividades de qualificação de recursos humanos pelos governos e empresas de saúde prestadoras de serviços. [...]

A grande expansão do emprego no setor saúde municipal aparece também fortemente associada ao processo de flexibilização e diferenciação dos contratos de trabalho na administração pública e no setor privado.

Consideram-se fortes indicadores de flexibilização nos tipos de contratos de trabalho a adoção preferencial pelos gestores municipais do regime de terceirização para cooperativas e empresas, os contratos de autônomo e outros tipos indefinidos para expansão da força de trabalho, principalmente na atenção ambulatorial e nos novos programas de expansão de cobertura, como o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários (Silva e Costa, 2002, p. 282-283).

Além da desregulamentação, o mercado de trabalho em saúde experimentou nos anos 1990 queda dos salários de contratação para a maioria dos segmentos profissionais e crescimento da oferta de postos de trabalho nas faixas mais baixas de remuneração (Girardi, 1995). No caso dos médicos, aumenta a participação das faixas salariais de contratação até três salários mínimos, de três a cinco e de cinco a dez (id., *ibid.*). A faixa com maior concentração de admitidos deslocou-se de dez a vinte salários mínimos em 1990 (36,67%) para cinco a dez salários em 1994 (37,14%) (*idem*). Rodriguez

Neto (1996) ressalta que os baixos salários pagos tanto pelo setor privado quanto pelo público, levando ao múltiplo emprego, têm comprometido a motivação e a dedicação da categoria médica em relação a suas atividades profissionais.

O médico foi gradativamente deixando de viver apenas do consultório privado e passou a depender, cada vez mais, do trabalho assalariado ou dos convênios com os planos privados da medicina complementar. Sua remuneração atingiu patamares muito baixos, levando ao acúmulo de dois, três ou mais empregos e demandando grande número de horas semanais de trabalho (Bittar, 1999; Machado, 1997).

Os baixos salários aliados à desregulamentação têm gerado uma tendência que à primeira vista poderia ser confundida com um retorno à medicina liberal, revelada pela proliferação de consultórios médicos conveniados com os seguros-saúde, mas que na realidade significa a tentativa de recompor a renda perdida, e que se dá quase sempre associada à inserção em um ou vários empregos, em geral públicos (Rodríguez Neto, op. cit.).

O importante estudo de âmbito nacional desenvolvido em 1995 pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública, em colaboração com o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional dos Médicos, a Associação Médica Brasileira e o Ministério da Saúde, intitulado *Perfil dos médicos no Brasil*, aponta outras características marcantes da inserção da categoria médica no mercado de trabalho em saúde que se foram configurando ao longo das últimas décadas e se expressaram claramente nos anos 1990. São elas (Machado, 1997; Vieira et al., 1998):

- existência de um mercado de trabalho com cerca de 350 mil postos de trabalho, incluindo o setor público e o privado, para um total de 197.557 médicos ativos, que em sua maioria também atuam em consultórios privados (75%);
- exercício profissional baseado em múltiplos vínculos (cerca de 75% dos médicos possuem até três atividades profissionais e 24,4% têm mais de três);
- homogeneidade quanto ao comprador ou demandante dos serviços, ou seja, são de igual importância para o mercado de trabalho médico as esferas pública e privada e os consultórios particulares, observando-se que 69,7% dos médicos trabalham em estabelecimentos públicos, 59,3% na rede privada e 74,7% em consultórios;

- a atividade em consultório particular é exercida mediante convênios ou cooperativas para 79,1 dos médicos, com 16,6% exercendo essa atividade em estabelecimentos de saúde (6,8% em regime de comodato em hospitais; 6% com cessão de percentual de produção; e 3,8% com sublocação de horário);
- atuação profissional predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado, em todas as regiões do país;
- crescente aumento da participação feminina na força de trabalho médico, alcançando um percentual de 32,7%;
- constituição etária predominantemente jovem, com 65% de profissionais com menos de 45 anos de idade e exercendo suas atividades há menos de 15 anos;
- urbanização acentuada do trabalho médico, ou seja, 65,9% dos médicos atuam nas capitais, particularmente naquelas mais desenvolvidas social e economicamente;
- predominância de dez especialidades, entre aquelas reconhecidas oficialmente no mercado de serviços médicos, representando 62,1% do total de médicos existentes no país, sendo elas: pediatria, ginecologia-obstetrícia, medicina interna, cirurgia geral, anestesiologia, cardiologia, traumatologia-ortopedia, oftalmologia, psiquiatria e medicina geral comunitária;
- trabalho exercido em regime de plantão por quase metade dos profissionais médicos (48,9%), com maior frequência de plantões de 12/24 horas;
- faixas de rendimento variáveis em função da especialidade exercida, sendo as mais bem remuneradas as de radioterapia, medicina nuclear e neurofisiologia clínica (5 mil dólares), seguidas pelas de hansenologia, endoscopia digestiva, mastologia, cirurgia cardiovascular e radiologia (4 a 4,9 mil dólares); figurando como as de mais baixo rendimento as especialidades de medicina sanitária, sexologia, fisiologia e genética clínica (menos de 1.999 dólares), enquanto as restantes percebem uma renda mensal na faixa de 3.000 a 3.999 dólares.

Pouco menos de uma década depois do estudo de Machado (1997), já pode ser observada a consolidação de algumas dessas tendências. É o que mostra a mais abrangente e recente investigação sobre a situação do trabalho médico no Brasil. Trata-se do estudo *O médico e o seu trabalho*, do Conselho Federal de Medicina, também de âmbito nacional, realizado com a intenção de atualizar a pesquisa de Machado e que replicou o mesmo questionário

então utilizado, porém acrescido de algumas alterações e inovações. O estudo do CFM foi executado pelo próprio Conselho, com apoio da Associação Médica Brasileira, entidades sindicais e sociedades de especialistas. Os dados foram coletados no período de outubro de 2002 a março de 2003 (CFM, 2004). Comparando-se os dois estudos, observa-se que:

- o total de médicos ativos no país passou de 197.557 para 234.554, apresentando um incremento de 18,7%;
- ampliou-se o exercício profissional baseado em múltiplos vínculos, com 28,2% dos médicos exercendo mais de três atividades profissionais, contra 24,4% na pesquisa anterior; conseqüentemente, aqueles que possuem até três atividades passaram de 75% para 71,8%;
- houve redução do número de médicos que atuam em consultório (de 74,7% para 67%) e no setor privado (de 59,3% para 53,8%), mantendo-se inalterada a porcentagem dos que trabalham no setor público (69,7%), o qual passou a ocupar, então, o primeiro lugar como empregador;
- a atividade em consultório particular exercida mediante convênios ou cooperativas apresentou pequena redução, passando de 79,1% para 75%;
- a atuação profissional manteve-se predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado;
- embora tenha havido ligeira queda no percentual de participação feminina na força de trabalho médico (de 32,7% para 30,2), manteve-se a tendência de aumento do ingresso das mulheres na profissão, o que pode ser observado pelo fato de que elas já representam 40,2% dos médicos com menos de 28 anos de idade;
- a constituição etária predominantemente jovem dos médicos manteve-se praticamente inalterada (63,4% de profissionais com menos de 45 anos de idade contra 65% no estudo anterior);
- houve pequena redução no percentual de médicos que atuam nas capitais, que passou de 65,9% para 62,1%;
- surgem dentre as especialidades mais exercidas a urologia e a dermatologia, fato atribuído, no estudo do CFM, a uma possível tendência de crescimento da preferência dos médicos por áreas de maior retorno financeiro, pela execução de procedimentos, em especial na relação com os convênios privados;
- se na pesquisa anterior o trabalho exercido em regime de plantão atingia quase metade dos profissionais médicos (48,9%), os números

atuais mostram que esse percentual já ultrapassou os 50%, chegando a 51,8%, ampliando-se a frequência dos plantões de 12/24 horas (de 49% para 54,5%);

- as faixas de rendimento não foram pesquisadas pela especialidade exercida, como no estudo de Machado (1997), mas apenas em termos genéricos; dessa forma, a investigação do CFM aponta que cerca de um terço dos médicos atribui queda à sua renda nos anos recentes, com mais da metade dos profissionais (51,5%) apresentando renda mensal de até 2 mil dólares, percentual que na pesquisa anterior era de 44,5%.

Observa-se que as características e as tendências aqui destacadas mostram as evidentes mudanças pelas quais passou a categoria médica e o mercado de trabalho para esse profissional nas últimas décadas. No entanto, novas alterações devem ser esperadas como resultado da expansão do processo de descentralização do setor saúde, da reorientação do modelo de atenção e do incessante e acelerado desenvolvimento científico e tecnológico, que deverá trazer novos paradigmas para a prática médica.

O Programa Saúde da Família (PSF): uma nova opção

O processo de municipalização do setor saúde mantém-se em contínua expansão, ampliando cada vez mais a participação dessa esfera de governo no mercado de trabalho em saúde. No ano de 2000, 55% do total de empregos públicos de profissionais de saúde eram oferecidos pela esfera municipal (Girardi e Carvalho, 2002). No caso dos médicos, no mesmo ano, os municípios foram responsáveis por quase 53% dos postos de trabalho públicos no setor saúde para essa categoria profissional, seguidos da instância estadual (46,3%), ficando a federal com apenas 0,6% (id., *ibid.*).

O Programa Saúde da Família (PSF), cuja implantação tem sido amplamente intensificada desde o final dos anos 1990, vem tendo uma participação importante nessa oferta de postos de trabalho municipais. Criado em 1994, o Programa foi apresentado como uma proposta de atenção à saúde voltada para áreas de risco, definidas pelo Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Em sua concepção, foram previstas como principais características: promoção e proteção da saúde; áreas de abrangência definidas, com adscrição de clientela; equipes com composição mínima; residência das equipes na localidade de atuação; participação comunitária por meio de ações de educação em saúde; atenção integral e

permanente; integração ao sistema de saúde local; impacto na formação de recursos humanos; remuneração diferenciada e estímulo ao controle social (Ministério da Saúde, 1994; Souza e Sampaio, 2002).

Sua implantação já cobre a grande maioria dos municípios brasileiros e se encontra em contínua expansão. Dados de setembro de 2002 contabilizam mais de 4 mil municípios que adotam essa estratégia de atenção à saúde, totalizando cerca de 16 mil equipes (compostas por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 5 a 6 agentes comunitários de saúde),³ cobrindo aproximadamente 50 milhões de habitantes (Girardi e Carvalho, 2003). Cada equipe é responsável por mil famílias, o que equivale a aproximadamente 3.500 pessoas, que são acompanhadas mediante cadastramento, visitas domiciliares, atividades de educação em saúde, consultas e atendimento em unidade assistencial básica, com referência para atendimentos especializados e de maior complexidade. Para o ano de 2002, o PSF contou com um aporte de recursos federais superior a 1 bilhão de reais (id., *ibid.*).

O PSF vem se configurando como mais do que um programa de saúde, expressando-se como importante estratégia de reorientação do modelo assistencial, compreendida por muitos como uma espécie de "reforma da reforma" (Viana e Dal Poz, 1998; Souza, 2002; Souza e Sampaio, 2002), numa referência à reforma sanitária consubstanciada no SUS. Além desse aspecto, o PSF apresenta-se como uma modalidade de intervenção com grande potencial de ampliar o acesso à atenção básica nas diversas regiões do país, impactar a configuração do mercado de trabalho e a própria formação de profissionais para o setor (Campos, 2001; Cordeiro, 2001; Girardi e Carvalho, 2003; Viana e Dal Poz, 1998).

Dadas essas características e sua expansão, o PSF encontra-se, hoje, inserido na agenda política e social do setor, tendo trazido uma nova dinâmica para a reestruturação dos serviços, com vistas à reorientação do modelo de atenção à saúde, representando mais uma opção de mercado de trabalho para os médicos e outros profissionais de saúde. O Programa já é responsável, direta ou indiretamente, por cerca de 200 mil postos de trabalho, o que representa mais de 20% do emprego público em saúde (Girardi e Carvalho, 2003).

Um inquérito nacional realizado em 2001 pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (Nescon/UFMG), mostra as principais características

³Desde 2001, as equipes passaram a ser integradas também por odontólogos, processo ainda em implantação.

desse mercado. Destacam-se aqui as que se referem mais especificamente aos médicos (Girardi e Carvalho, 2003):

- há, em média, 4,5 equipes por município, com crescimento expressivo do número médio de equipes, sendo: 1,5 equipe por município, nas cidades com até 10 mil habitantes; 19,8 equipes naquelas com 100 mil a 500 mil habitantes; e 66 equipes por município nas que possuem população acima de 500 mil pessoas;
- o médico é o único profissional presente em todos os municípios pesquisados;
- o número médio de postos de trabalho médicos por município é de 4,5, variando entre 1,5 médicos nos municípios com menos de 10 mil habitantes até 72 médicos por município naqueles que têm população superior a 500 mil;
- a partir de projeções dos dados encontrados, a pesquisa estima que em dezembro de 2001 o PSF contava com 14,5 mil postos de trabalho para médicos.

Ainda com base nos resultados da pesquisa, Girardi e Carvalho (op. cit.) recorrem a dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) e do Ministério do Trabalho para mostrar os índices de participação do PSF em relação ao mercado de trabalho das profissões envolvidas no Programa. O caso dos médicos pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1 — Índice de participação do PSF em relação ao número de médicos em atividade, de postos de trabalho médicos ocupados em serviços de saúde e de vínculos formais de emprego médico na economia

| Nº de médicos no PSF (1) | Total de médicos em atividade (oferta) (2) | PSF/oferta de médicos | Postos de trabalho médico nos serviços de saúde (3) | PSF/postos de trabalho médico | Vínculos de emprego médico (4) | PSF/emprego médico formal |
|--------------------------|--|-----------------------|---|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 14.513 | 262.891 | 5,5 % | 431.282 | 3,4 % | 152.119 | 9,5 % |

(1) Estimativa Pesquisa Nescon.

(2) CFM.

(3) Em estabelecimentos com e sem internação e de apoio diagnóstico.

(4) Ministério do Trabalho.

Fonte: Girardi e Carvalho (2003).

Observa-se que o PSF responde por 3,4% da demanda institucional de postos de trabalho médico e 9,5% do estoque de emprego formal desse profissional, absorvendo 5,5% da oferta de médicos. Girardi e Carvalho (op. cit., p. 169) advertem, no entanto, que "[...] é importante que se tome em conta que as inferências com relação ao peso do PSF na economia do emprego formal devem ser bastante matizadas em função dos níveis acentuadamente elevados de utilização de formas 'precárias' e informais de vinculação de profissionais utilizadas no programa [...]".

O estudo do Nescon mostra que as formas de contratação temporária e por prestação de serviços no PSF predominam amplamente sobre todas as outras formas de contrato (Girardi e Carvalho, 2003). Quando se analisa a contratação de médicos pelo PSF, observa-se que, em conjunto, essas duas modalidades de vínculo são responsáveis por 70% dos contratos desses profissionais (id., ibid.). Indagados sobre os motivos que levam à utilização de formas precárias de contratação de profissionais, mais da metade dos municípios elencaram a *flexibilização* (57,8%) e as restrições impostas pela *Lei de Responsabilidade Fiscal* (53,8%); vindo a seguir o *menor custo* (36,8%) e a *instabilidade no financiamento* do Programa (34,5%) (id., ibid.).

Quanto às vantagens e aos problemas atribuídos pelos gestores municipais na utilização de formas de contratação precárias, 43,1% dos municípios identificaram como principal vantagem a *flexibilidade*, nas suas diversas formas (para admissão e demissão, gerencial, etc.); e como principal problema a *instabilidade e a desproteção do trabalho* (47,7%) (idem).

Girardi e Carvalho (op. cit.) chamam a atenção para as conseqüências desse quadro sobre a definição pelo PSF de estratégias e instrumentos de gestão e desenvolvimento de recursos humanos e sobre a própria qualidade do emprego gerado pelo Programa. Qualidade que fica comprometida pela fragilidade das formas de vinculação praticadas, que desconsideram direitos trabalhistas consagrados no setor público e no mercado de trabalho formal privado (id., ibid.). Dessa forma, a "[...] construção de um processo de cooperação mais efetivo e permanente entre gerência e trabalho depende em larga medida da qualidade das relações de trabalho instituídas pelo programa" (id., ibid., p. 159).

Apesar disso, ou talvez por causa disso, o Programa oferece bons níveis de remuneração profissional (4 mil reais, em média, para o médico, segundo a pesquisa do Nescon). Os salários pagos aos médicos pelo PSF são, em média, 76% superiores aos de mercado para esse profissional (id., ibid.).

Esse aspecto é uma das principais preocupações e dificuldades que os gestores têm enfrentado na implantação e na manutenção do PSF e se insere no contexto mais amplo da tendência à desregulamentação do mercado de trabalho brasileiro aqui já referida.

O estudo do NEPP, anteriormente citado, revela a amplitude dessa desregulamentação. Em 2000, somente 22% dos municípios brasileiros adotavam a modalidade estatutária como principal tipo de contrato de trabalho para médicos na atenção básica. O contrato dessa categoria profissional via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) era praticado, na região Sudeste, por 35% dos municípios, enquanto a terceirização para empresas e cooperativas médicas era adotada por 18% dos municípios da região Sul. No Centro-Oeste, a informalidade predomina, com 38% dos municípios contratando médicos como autônomos. Já as regiões Norte e Nordeste apontaram "outros tipos de contratos flexibilizados" como a principal forma de contratação de médicos, com 40% e 39% de municípios nessa condição, respectivamente (Unicamp, 2000 apud Silva e Costa, 2002).

Campos (2001, p. 173) acrescenta:

As formas típicas de relação empregatícia estão em franca decadência e até alguns anos atrás havia duas formas basilares de trabalho médico: o trabalho autônomo, onde profissional e cliente estabeleciam uma relação singular, combinando entre si intervenções e preço, e o trabalho assalariado, onde o profissional vendia a uma determinada instituição sua força de trabalho por tempo indeterminado. [...]

O panorama hoje é completamente distinto: as duas formas iniciais de relação de trabalho encontram-se praticamente extintas. Por uma parte, a elevação dos custos pela associação de tecnologias ao diagnóstico e à terapêutica promoveu a migração dos consumidores autônomos para os seguros de saúde. Por outra parte, a inflexibilidade e os elevados encargos sociais fizeram com que se buscassem alternativas aos contratos regulares de trabalho, com o setor público (via Regime Jurídico Único) ou mesmo com o setor privado, via CLT.

Apareceu uma miríade de novas modalidades contratuais, cujo impacto sobre o trabalho no setor saúde ainda está longe de poder ser avaliado (Campos, 2001, p. 173).

Outro importante estudo que ajuda a compreender o Programa Saúde da Família como campo de atuação profissional foi realizado, no ano de 2000, pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Nerhus/Fiocruz), em conjunto com o Ministério da Saúde. A pesquisa, de âmbito nacional, teve por objetivo traçar o perfil dos médicos e dos enfermeiros que atuam no Programa. Os resultados confirmam os achados do estudo do Nescon no que se refere ao percentual de 70% de médicos com contratos temporários. Mas revelam também outros aspectos essenciais para a compreensão do PSF como mercado de trabalho (Machado, 2003). São eles:

- quase 60% dos médicos que trabalham no PSF têm menos de quarenta anos de idade;
- a maioria pertence ao sexo masculino (56%);
- em geral, são oriundos de escolas médicas públicas (74%) e estão formados há menos de quinze anos (63%);
- cerca de 70% não são especialistas, ou seja, não possuem nenhuma formação específica após a graduação, incluindo residência ou especialização;
- dentre os que possuem alguma especialidade, predomina a pediatria (20%), seguida por medicina do trabalho (18%), medicina geral e comunitária (15%), gineco-obstetrícia (14%), medicina sanitária (11%) e saúde da família (9%);
- 83% exerceram alguma atividade médica anteriormente à contratação para o PSF;
- 70% consideram más as condições de trabalho oferecidas pelo Programa;
- a renda média mensal obtida com o trabalho médico é de 2.229 dólares.

Obviamente, esse perfil nacional dos médicos atuantes no Programa Saúde da Família pode apresentar variações quando analisadas as diferentes regiões brasileiras e mesmo municípios de uma mesma região, dada a grande diversidade de situações sociais, políticas e econômicas que caracterizam nosso país. Tais aspectos são considerados e apresentados em outro momento deste estudo.

Por ora, vale destacar os resultados encontrados na pesquisa *O médico e o seu trabalho*, do Conselho Federal de Medicina (CFM), referida na seção anterior, que além dos aspectos então apresentados, também abordou a percepção dos médicos acerca do PSF e do SUS, no que se refere ao impacto nas condições de saúde e no trabalho médico (CFM, 2004).

Cerca de 84% dos médicos pesquisados informaram que o PSF se encontrava implantado na *cidade e/ou região* em que atuavam. Para a maioria deles, o Programa foi responsável por um *aumento/melhora* do emprego médico (74,6%) e da cobertura da assistência (70%). Entretanto, para grande parte dos médicos, com a implantação do PSF não se alteraram as condições de trabalho (54,2%), a qualidade dos serviços (44,6%), a organização dos serviços (44,1%) e os rendimentos médicos (42,1%). Deve-se ressaltar que, no caso dos rendimentos médicos, o percentual de profissionais que identificaram que houve *aumento/melhora* com a implantação do PSF foi de 40,6%. De modo geral, é possível então assumir que há uma impressão razoavelmente positiva do Programa Saúde da Família por parte dos médicos, ainda que se considere a necessidade de aperfeiçoar seus mecanismos de gestão. Nesse sentido, ao opinarem sobre os fatores que poderiam assegurar a eficácia do PSF, os médicos participantes do estudo apontaram como *totalmente prioritários* os seguintes aspectos: condições de trabalho (81,8%), remuneração (77,7%), infraestrutura (77,1%), plano de carreira (65,9%), critérios de seleção para acesso (64,2%), vínculo trabalhista (63,1%), estabilidade no emprego (59,1%) e hierarquia na equipe (47,1%) (id., ibid.).

Já em relação ao SUS, a percepção é mais desfavorável. Se por um lado a maioria dos médicos acredita que sua implantação acarretou *aumento/melhora* da cobertura da assistência (50,7%) e do emprego médico (44,8%), por outro também avalia que houve *diminuição/piora* das condições de trabalho (52,6%), dos rendimentos médicos (52,4%), da qualidade dos serviços (47,4%) e da organização dos serviços (40,7%) (idem).

Tais resultados apontam para a necessidade de se auscultar cada vez mais os profissionais de saúde, a população e os gestores, no sentido de se identificar, segundo a percepção desses atores, os nós críticos e as recomendações para que as estratégias de intervenção governamental possam apresentar maior eficácia e adesão.

Considerações finais

Os estudos aqui apresentados estabelecem um pano de fundo para a compreensão da complexidade que envolve as questões relativas ao trabalho em saúde e, em especial, ao trabalho médico. Podemos dizer que não há crise de oferta de postos de trabalho para esse profissional. Por outra via há um certo "desencanto" do médico em sua prática profissional, particularmente no sistema público de saúde, apesar do crescimento da oferta do mercado e

de uma indução governamental na distribuição e na localização desses postos de trabalho via priorização da atenção básica com a implantação do Saúde da Família na década de 1990.

Essa expansão do mercado, de outro lado, em que pese tenha atenuado desequilíbrios regionais historicamente acumulados, não conseguirá reverter questões mais ampliadas que remetem às desigualdades econômicas e sociais acumuladas pela sociedade brasileira.

Mais ainda, a não-articulação histórica entre o setor educacional e a saúde trouxe desequilíbrios entre ofertas de formação e mercado de trabalho que podem ser exemplificados no crescimento da especialização médica em detrimento de avaliação e investimentos/melhora da formação em nível de graduação. Assim, como observamos, no que diz respeito à oferta de médicos no mercado aparentemente haveria um relativo equilíbrio quantitativo entre a oferta profissional e as necessidades de expansão. Entretanto, o excesso de oferta de oportunidades de especialização desequilibra tal situação. Atualmente, mais de 2/3 dos egressos são incorporados à residência médica, na qual prevalece o financiamento por parte do SUS.

A crescente autorização de funcionamento de cursos de graduação em medicina em instituições vinculadas ao setor privado da educação e a baixa capacidade regulatória do Estado na política de formação de especialistas – hoje regulada sob os ditames das sociedades de especialidades e da incorporação tecnológica e seus apelos de legitimidade social do médico – merecem ser revistas e enfrentadas pelos setores de saúde e de educação, em conjunto com a sociedade.

Por fim, as questões aqui apresentadas remetem às peculiaridades da gestão do trabalho em saúde, que exigem ações governamentais intersetoriais mais ampliadas envolvendo o Legislativo, o Judiciário e o financiamento do setor, entre outros, que permitam, para além da expansão do mercado, o estabelecimento de condições adequadas de trabalho e emprego para os profissionais de saúde.

Referências bibliográficas

BITTAR, O. J. N. V. O mercado médico no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 33 (1), jan./fev., p. 55-66, 1999.

CAMPOS, F. E. de. Educação médica e prática médica. In: ARRUDA, B. K. G. de (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Imip, Ministério da Saúde (Série Publicações Científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco - Imip, no 1), p. 169-178, 2001.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *O médico e o seu trabalho*. Coordenação de Mauro Brandão Carneiro e Valdíney Veloso Gouveia. Brasília: CFM, 2004.

CORDEIRO, H. A. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984.

_____. A escola médica e o novo modelo de cuidados de saúde do SUS: Saúde da Família. In: ARRUDA, B. K. G. de (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Imip, Ministério da Saúde (Série Publicações Científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco - Imip, no 1), p. 87-120, 2001.

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

_____. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

EDLER, F. *As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro (1854/1884)*. Dissertação (Mestrado em História). São Paulo, Departamento de História/USP, 1992.

GADELHA, P. E. V. *Assistência médica no Rio de Janeiro (1920/1937): reformas institucionais e transformação da prática médica*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/Uerj, 1982.

GIRARDI, S. N. *O perfil do "emprego" em saúde no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 2, p. 423-439, 1986.

_____. A situação atual dos recursos humanos em saúde no Brasil (sinais do mercado de trabalho e aspectos de sua regulação nos anos 90). Relatório final de pesquisa, 1995.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, p. 221-256, 2002.

_____. Contratação e qualidade do emprego no Programa Saúde da Família no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 157-190, 2003.

LARSON, M. S. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Los Angeles: University of California Press, 1977.

LUZ, M. T. *Medicina e ordem política brasileira (1850/1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p. 13- 33.

_____. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

_____. Mercado de trabalho em saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 227-248.

MEDICI, A. C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 2, p. 409-422, 1986.

_____. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. *Cadernos RH Saúde*, 1 (3), p. 41-46, 1993.

MEDICI, A. C.; MACHADO, M. H.; NOGUEIRA, R. P.; GIRARDI, S. N. El mercado de trabajo en salud: aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos. *Educación Médica y Salud*, 25 (1), p. 1-14, 1991.

_____. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: Ensp, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. *Revista de Administração Pública*, 17 (3), jul./set., p. 61-70, 1983.

_____. Pessoal de saúde: a discussão teórica e a produção científica sobre o tema. *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS, 1985.

_____. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil: 1970-1983. Brasília: OPAS, Monografias do GAP, 1, 1986b.

PEREIRA-NETO, A. de F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 11, no 4, out./dez., p. 600-615, 1995.

RODRIGUEZ NETO, E. Reorientando o setor saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médicas. *Divulgação em Saúde para Debate*, no 14, agosto, p. 66-74, 1996.

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. DO R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002. p. 275-285.

SOUZA, H. M. Reforma da reforma. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Ano II, no 4, jan., p. 2-3, 2002.

SOUZA, H. M.; SAMPAIO, L. H. R. Atenção básica: política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002. p. 9-32.

TRONCOSO, M. DEL C.; BELMARTINO, S.; BLOCH, C.; LUPPI, I. El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en la Argentina. *Educación Médica y Salud*, 20 (4), p. 535-558, 1986.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. Reforma em saúde no Brasil: Programa Saúde da Família. Informe Final. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, no 166, 1998.

VIEIRA, A. L. S.; AMÂNCIO FILHO, A.; MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. M. N. (Orgs.). *Trabalhadores de saúde em números*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.