

Formação

**Qualificação profissional
e saúde com qualidade**

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde - SIS

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFAE

01

Formação

Qualificação profissional e
saúde com qualidade

Janeiro de 2001

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem- PROFAE

Apresentação

O setor de enfermagem tem papel fundamental no que se refere à realização de ações que visem à qualidade dos serviços ofertados pelos estabelecimentos hospitalares, ambulatoriais e demais unidades que atendem à Saúde Pública do país. Com o objetivo de promover uma significativa melhoria nessas atividades, o Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, está implementando o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - **PROFAE**, cujo objetivo principal é a qualificação desses trabalhadores de graduação média. Em quatro anos, o **PROFAE** deverá capacitar um contingente de aproximadamente 225 mil trabalhadores, presentes no mercado de trabalho, que ainda não possuem qualificação específica para atuar como auxiliares de enfermagem. Também serão oferecidos cursos de complementação do ensino fundamental – pré-requisito para a inscrição na qualificação técnica, aos trabalhadores que não têm esta formação.

O **PROFAE**, mediante um processo de qualificação profissional, busca atingir a raiz da questão permanente do aprimoramento da qualidade na área da Saúde. Graças a essa iniciativa do Ministério da Saúde, os profissionais habilitados, com um maior conhecimento do seu verdadeiro papel, terão a oportunidade de contribuir com o seu trabalho para a melhor qualidade de todo o sistema de saúde.

A revista *Formação* faz parte desse processo. O seu leitor terá acesso a informações sobre a implementação do **PROFAE** nas diferentes unidades da Federação, além de dados atualizados sobre o mercado de trabalho nas áreas da assistência à saúde, a educação em enfermagem e a regulação institucional. Essas informações, mais os resultados de estudos e pesquisas, servirão de subsídio para os gestores do **PROFAE** nos diferentes níveis, e também para os gestores na área de Recursos Humanos, auxiliando-os no planejamento e monitoramento de estratégias e metas de trabalho.

O Sistema Único de Saúde, a partir desta edição inaugural de *Formação*, passa a contar com mais um instrumento para enfrentar os desafios da implementação de uma política de Recursos Humanos voltada para a qualidade e humanização do atendimento. Uma política que contribua para a consolidação do SUS como o grande projeto de modernização da saúde no Brasil.

Geraldo Biasoto Júnior

Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde

Sumário

Editorial

5

Mobilizando idéias e criando alternativas de divulgação

Artigos

7

Oferta de qualificação é necessária para melhorar a atenção à saúde

13

Cadastramento prévio permitiu conhecer melhor a clientela do PROFAE

27

Mobilização de agentes solidários do PROFAE

37

Grupo focal ampliado com gestores hospitalares e coordenadores de enfermagem

47

Sinais de mercado de trabalho do pessoal de enfermagem no Brasil

73

Conselho Nacional de Educação reconhece o nível técnico para a qualificação profissional de auxiliar de enfermagem

83

Avaliação do impacto da profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem na qualidade dos serviços de saúde

Editorial

Mobilizando idéias e criando alternativas de divulgação

Nesta primeira edição da revista *Formação*, como o leitor poderá observar, há uma predominância de artigos de caráter mais informativo, de registro das diversas experiências e iniciativas que tornaram possível a instalação do **PROFAE**. O nosso propósito foi o de reunir um conjunto de relatos de pesquisas e ações, com ampla divulgação de dados, que permitisse reconstituir os passos que se complementaram na formatação da proposta e da gerência que o Projeto passou a assumir, ao longo de seu período de implantação.

Esta predominância vai ao encontro de um dos objetivos editoriais desta publicação, que é o de criar um registro histórico da implantação e evolução do **PROFAE**, que sirva de referência segura e confiável para utilização como subsídio a ações ligadas à gestão ou à produção acadêmica, no âmbito da formação e da educação profissionais. Este objetivo editorial visa a cumprir um papel informativo que não é substituível por outros meios de disseminação (de caráter mais inconstante ou publicitário, mas não menos importantes) das idéias do Projeto entre os pares, para os gestores e a sociedade. Cumpre também um papel importante na estrutura de governo, cujas equipes, em muitos ciclos da história da administração pública, construíram experiências fantásticas que se perderam nas gavetas ou mesmo nas cabeças que foram sendo substituídas por outras que as sucederam.

No entanto, não queremos com recorte temático deste número diminuir a importância de outro objetivo editorial da revista *Formação*, qual seja, o de publicar artigos analíticos, assegurando um caminho de divulgação de idéias, projetos, polêmicas, iniciativas, avaliações, dentre outros, em um campo (o da educação profissional) com baixa produção científico-acadêmica e, também, com poucas alternativas de difusão em periódicos que divulguem e/ou recolham uma provável produção existente.

Nosso desejo é fazer desta revista um instrumento de mobilização de idéias no campo da educação profissional, em especial na área de saúde, acessível a membros dos estabelecimentos de saúde, agências regionais, operadoras, conselhos profissionais, associações, escolas e outros atores envolvidos com a temática, que desde já estão convidados a registrar suas idéias e ações e a divulgar esses registros.

Dessa forma, a revista *Formação* também cumprirá um papel pedagógico de estímulo à produção escrita, que está perfeitamente adequado à proposta do **PROFAE** de não ser um projeto de objetivos imediatistas, mas sim um projeto que quer contribuir para a construção de uma política pública duradoura.

Rita Sório
Gerente Geral do PROFAE

Projeto PROFAE

Oferta de qualificação é necessária para melhorar a atenção à saúde

Com o PROFAE, o Ministério da Saúde pretende atacar distorções no mercado de trabalho e de formação. Por um lado vai qualificar um enorme contingente de atendentes que exercem sua profissão de forma irregular, oferecendo riscos à população atendida. Por outro, fortalecerá as escolas técnicas de saúde do SUS, promovendo o desenvolvimento institucional da área de formação de nível médio para a saúde e impedindo que novas distorções venham a acontecer no futuro.

A regulamentação da atividade de auxiliar de enfermagem teve início, em termos concretos, em 1949, com a edição da Lei nº 775, que criou os cursos de formação para esta categoria profissional. Continuava inexistido, porém, uma legislação específica sobre o exercício profissional na área. Este fato, somado a uma demanda sempre crescente por pessoal auxiliar, contribuiu para que se consolidasse a prática de contratação de pessoal formalmente não qualificado, que viria a ser preparado para o atendimento de enfermagem no próprio serviço. Surgiu, assim, um contingente de trabalhadores, em geral denominados de atendentes de enfermagem, que cresceria aceleradamente.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (nº 2.605/55) e o Decreto-Lei nº 50.387/61 não reconheceram os atendentes de enfermagem como profissionais desta área, limitando o exercício profissional reconhecido apenas aos enfermeiros, obstetrizes, auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos e práticos de enfermagem.

Ainda que colocado à margem da legislação, o contingente de atendentes continuou a se expandir por dois motivos principais: a existência de um número pequeno de centros formadores de auxiliares de enfermagem, em geral situados nos centros urbanos de maior

porte, e a falta, para parte desse contingente, da escolaridade mínima necessária para matricular-se nos cursos de formação profissional oferecidos então.

Os trabalhadores que formam o contingente de atendentes e auxiliares de enfermagem são em sua maioria oriundos das camadas de baixa renda, e predominantemente do sexo feminino. É especialmente relevante o fato de, na organização dos serviços públicos de saúde, sempre constituírem o contingente mais numeroso entre os trabalhadores da área de enfermagem e de toda a área de saúde. Além disso, são responsáveis por ações e cuidados de enfermagem em unidades de atenção básica de saúde distribuídas por todo o território nacional, inclusive em áreas onde a presença de médicos e enfermeiros sempre se mostrou pequena.

A primeira intervenção governamental para tentar resolver o problema da qualificação profissional destes trabalhadores foi um grande projeto de formação de auxiliares de enfermagem desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em convênio com o Ministério da Educação, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), no período 1963 a 1973,

sem que fosse alcançado um resultado significativo, capaz de modificar o perfil da força de trabalho na área de enfermagem.

Em paralelo, permaneceu a tendência de ampliação da demanda de auxiliares de enfermagem, particularmente por conta da universalização da previdência ocorrida na década de 70, com extensão dos benefícios da seguridade social e, portanto, dos cuidados de saúde e do atendimento médico. Outro fator de ampliação da demanda foi o crescente movimento de descentralização da prestação de serviços médicos e de saúde.

A força de trabalho em enfermagem foi definida por volta dos anos 80 como um conjunto constituído de quatro categorias: a) o enfermeiro, com formação universitária; b) o técnico de enfermagem, com formação de nível médio; c) o auxiliar de enfermagem, para o qual se exigia uma formação mínima de 1º grau; e d) o atendente de enfermagem, sem exigência de escolaridade mínima.

Segundo o censo de trabalhadores de enfermagem realizado em 1982 e 1983 pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), existiam 304.287 trabalhadores na área de enfermagem nos estabelecimentos de saúde do país, distribuídos da seguinte forma: 25.889 enfermeiros, 19.935 técnicos de enfermagem, 64.289 auxiliares e 194.174 atendentes.

Em 1986, o mercado de trabalho do setor saúde absorvia cerca de 8% do total de empregos existentes na economia formal do país. Embora este mercado, em expansão, requisesse profissionais de saúde de todos os níveis de qualificação, o contingente de profissionais de nível médio foi o mais requisitado, exatamente pela variedade de funções que desempenhavam no suporte aos diversos profissionais de nível superior. Naquele mesmo ano, foi aprovada a nova Lei do Exercício Profissional de

Enfermagem, definindo apenas três categorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Essa Lei atribuiu ao enfermeiro a responsabilidade técnica por todas as ações de enfermagem, cabendo aos técnicos e auxiliares de enfermagem o desenvolvimento de atividades proporcionalmente menos complexas, de acordo com seu grau de escolaridade formal. Para os atendentes de enfermagem, então regularmente empregados, foi dado um prazo de 10 anos para que viessem a se qualificar formalmente como auxiliares de enfermagem.

Findo o prazo estipulado em Lei, o Cofen, no uso de suas atribuições legais, passou a fiscalizar os trabalhadores que não estavam devidamente habilitados, enquadrando-os no exercício ilegal da profissão. Para escapar dessa fiscalização, as instituições usaram – e continuam usando até hoje – o subterfúgio de não registrar adequadamente esses "atendentes de enfermagem" não qualificados, optando por uma relação informal de emprego, ou então os registrando em outras funções, tais como auxiliares de serviços gerais ou braçais.

Nesse período, Estados e municípios, nos desdobramentos da crise do modelo médico assistencial privatista então vigente, passaram a assumir gradativamente a prestação dos serviços de saúde, desencadeando o processo que culminaria na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Constituição Brasileira de 1988. Institucionalizava-se, assim, um sistema estruturado com base na descentralização, no atendimento integral e na participação comunitária, organizado em cada nível de governo sob comando único, ao mesmo tempo em que se admitia a participação supletiva do setor privado.

A partir deste momento ampliou-se a oferta de serviços de saúde por parte dos municípios, uma vez

institucionalizada sua exclusividade na gestão local da saúde e, portanto, em última instância, sua responsabilidade política de prover saúde à população nos limites de seu território. Por outro lado, ao garantir a participação do setor privado, deu-se impulso ao crescimento de modalidades de prestação de serviços médicos e hospitalares vinculados a planos de saúde comercializados por empresas privadas, cooperativas médicas, empresas de seguro-saúde, e ao desenvolvimento de sistemas de autogestão de planos de saúde em empresas de grande porte. Em síntese, a oferta de empregos no setor saúde teve que se ampliar para garantir a expansão de cobertura.

Apesar dessa conjuntura, o aparato formador não acompanhou o crescimento da demanda por pessoal do setor, e o contingente de pessoal não qualificado aumentou no período. Persistem até hoje tanto a dificuldade de alcançar a educação fundamental necessária para a admissão em cursos profissionalizantes de nível médio, quanto a insuficiência na oferta de cursos nesta área (insuficiência quantitativa associada a uma distribuição irregular no território nacional).

No período inicial de estruturação do SUS, a carência de formação de pessoal de nível médio foi suprida por meio de desenvolvimento de processos de formação intramuros, patrocinados pelas próprias instituições e serviços de saúde, públicas e privadas, sem uma normalização rígida e homogênea. Nesse aspecto, cabe ressaltar que, a partir de 1981, o setor público foi mais bem sucedido, com o desenvolvimento de cursos de formação de auxiliares utilizando a metodologia de educação em serviço (Projeto Larga Escala).

Mesmo com todos os esforços realizados para profissionalização dos trabalhadores de enfermagem, a prática de contratação de pessoal não qualificado ainda persiste, acarretando em riscos crescentes tanto para a população atendida nas diversas instituições de saúde, quanto para os

próprios trabalhadores do setor saúde.

Segundo informações da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), em 1997 os atendentes de enfermagem constituíam um contingente de 115.530 trabalhadores formais.

Todo esse contexto mostrava a necessidade de se promover uma ação dirigida para a obtenção, no menor espaço de tempo possível, da capacitação desse contingente de trabalhadores que hoje estão empregados nos serviços. Como não foi alcançada, até a presente data, a multiplicação dos processos necessários para esta qualificação, e, dada a velocidade com que se verifica a incorporação de recursos humanos ao mercado de trabalho, tanto no setor público quanto no privado, estima-se ser necessário qualificar cerca de 225 mil trabalhadores, prevendo-se que aproximadamente 25% destes ainda não concluíram o ensino fundamental.

A criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - **PROFAE** pelo Ministério da Saúde tem o objetivo de qualificar esses trabalhadores que exercem sua profissão de forma irregular, diminuindo os riscos à população atendida e melhorando a qualidade da atenção hospitalar e ambulatorial, particularmente nos estabelecimentos integrantes do SUS. Ao mesmo tempo, criará condições de continuidade e sustentabilidade para os programas de formação de nível médio para a saúde, para impedir que um novo contingente de trabalhadores em situação irregular possa surgir no futuro.

Como funcionará o PROFAE

O **PROFAE** é uma iniciativa do Ministério da Saúde, executado pela Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS), e será desenvolvido em todo o território nacional no período de 2000 a 2003. O total de recursos investidos no Projeto

será de US\$ 370 milhões, sendo US\$ 185 milhões oriundos de um acordo-empréstimo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), e US\$ 185 milhões financiados com recursos do Tesouro Nacional e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). O Projeto está estruturado em dois componentes, que expressam duas linhas de atuação: redução do déficit de pessoal auxiliar de enfermagem qualificado para atuar no setor, e reforço do quadro normativo e de regulação na área da saúde, com a criação de condições técnico-financeiras para a continuidade dos processos de formação técnica em saúde, em especial de pessoal auxiliar de enfermagem.

Profissionalização dos Trabalhadores

Os cursos de qualificação ou complementação do **PROFAE** destinam-se a trabalhadores da área de enfermagem empregados na rede pública ou privada de saúde, e que estão exercendo suas funções sem a devida qualificação profissional. O apoio à formação de turmas para os trabalhadores da área de enfermagem que ainda não concluíram o ensino fundamental, pré-requisito para a qualificação profissional será realizado por meio de cursos oferecidos na modalidade de educação fundamental, com duração máxima de 18 meses. O **PROFAE** dará prioridade à formação de turmas nos próprios locais de trabalho com o objetivo de facilitar a frequência do trabalhador às aulas, evitando a evasão.

Os cursos de qualificação de auxiliar de enfermagem propostos pelo **PROFAE** terão carga horária de 1.110 horas, distribuídas em 12 meses de aulas práticas e teóricas, e serão oferecidos por escolas que tenham experiência na formação desta categoria. Ao final do curso, os alunos receberão um certificado de qualificação técnica de auxiliar de enfermagem.

A organização dos cursos de qualificação profissional e de complementação do ensino fundame-

ntal do **PROFAE** será descentralizada, com as instituições habilitadas escolhidas em processo licitatório promovido pelo Ministério da Saúde. As Agências Regionais serão instituições que executarão a supervisão, a avaliação e o monitoramento dos cursos. A oferta dos cursos de qualificação técnica profissional de auxiliar de enfermagem e de complementação do ensino fundamental para trabalhadores da área de enfermagem será feita por instituições denominadas Operadoras. Estas podem ser sindicatos, associações profissionais, fundações universitárias, escolas públicas ou privadas, dentre outras instituições, e podem oferecer diretamente os cursos, se forem credenciadas no sistema educacional, ou se associar a até cinco instituições Executoras, que também deverão ser entidades credenciadas pelo sistema educacional (Ministério da Educação ou Secretarias Estaduais de Educação).

Formação Pedagógica para Docentes de Educação Profissional de Nível Técnico na Área de Enfermagem

Para atender às mudanças políticas, conceituais, legais e práticas advindas da Reforma Educacional para a educação profissional, desencadeada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e seus instrumentos reguladores, o **PROFAE** promoverá um processo de formação de enfermeiros docentes, viabilizando o ensino nas disciplinas da educação profissional em nível técnico.

A meta do **PROFAE** é formar 12 mil enfermeiros docentes para educação profissional de nível técnico, com uma formação pedagógica contextualizada em práticas sociais de saúde e enfermagem pautadas na reflexão crítica, e voltada para a construção de competências profissionais referenciadas nestas práticas.

O Curso de Formação Pedagógica foi desenvolvido em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e adota uma metodologia de educação

a distância, na modalidade semi-presencial, articulando teoria e prática ao longo do seu desenvolvimento. A opção pela educação a distância se justifica pela sua flexibilidade frente às alternativas tradicionais de ensino, permitindo ao aluno, pelo estudo individualizado, dispor do seu tempo como melhor lhe convier, no seu próprio ritmo e sem se afastar de sua rotina de trabalho.

Além da melhoria esperada nos processos de formação, a presença de 12 mil enfermeiros devidamente formados como docentes também vai influir na qualidade da assistência, pois estes profissionais certamente vão mudar a forma de lidar com suas equipes de trabalho.

Sistema de Certificação de Competências

A organização do Sistema de Certificação de Competências voltado para os egressos dos cursos de qualificação profissional técnica em auxiliar de enfermagem do PROFAE é uma das estratégias propostas para assegurar a sustentabilidade das políticas e estruturas de educação profissional na área de saúde, em diversos níveis.

A principal finalidade do sistema é reconhecer formalmente as competências demonstradas pelos egressos dos cursos na realização de suas atividades profissionais. Esse sistema deverá avaliar e validar não apenas o conhecimento adquirido nos cursos, mas, fundamentalmente, reconhecer o saber em ação, constituindo-se em instrumento para tornar as aprendizagens socialmente visíveis. A certificação das competências dos alunos-trabalhadores egressos dos cursos do PROFAE será emitida com base em avaliação de desempenho, realizada por docentes das instituições credenciadas e capacitadas para tal fim.

Modernização das Escolas Técnicas do SUS

O PROFAE pretende, por esta linha de ação, promover o fortalecimento institucional e a capacitação

técnico-gerencial das Escolas Técnicas e Centro Formadores de Recursos Humanos do SUS, tornando-os centros de referência para formação em saúde nos níveis básico, técnico e pós-técnico da educação profissional.

Também é objetivo do PROFAE o desenvolvimento e consolidação de uma rede de instituições com capacidade técnico-pedagógica suficiente para atender às necessidades do setor saúde, adaptando-se continuamente às transformações do mercado e à implementação de políticas de saúde no Brasil, especialmente aquelas voltadas para a mudança do modelo assistencial.

Acompanhamento de Sinais do Mercado de Trabalho em Enfermagem

Outro objetivo do PROFAE é a elaboração e implantação de um sistema de informações sobre o mercado de trabalho e a formação de recursos humanos para o setor. O propósito do Sistema de Acompanhamento de Sinais de Mercado de Trabalho do PROFAE (Samets) será reunir informações sobre os mercados de trabalho e os mercados educativos de pessoal auxiliar de enfermagem (bem como de ocupações correlatas da área de saúde) de maneira a produzir subsídios para orientar decisões da gerência geral e demais instâncias gerenciais do PROFAE.

As informações reunidas pelo Samets também estarão disponíveis para agentes educadores, escolas, empregadores e outros organismos públicos ou privados, para orientar suas decisões de treinamento, emprego e utilização de pessoal qualificado na área.

Com o acompanhamento dos sinais dos mercados de trabalho e da formação profissional, o Samets também permitirá ao Ministério da Saúde e demais agentes governamentais e não governamentais interessados no tema, monitorarem os impactos do PROFAE sobre esses mercados, bem como avaliar a necessidade da

adequação das estruturas e processos de regulação da formação e exercício profissional na área.

O Samets também terá entre suas funções básicas a de apoiar as Escolas Técnicas de Saúde do setor público, aprimorando seu processo de tomada de decisão com o uso de informações sobre o comportamento desses mercados.

Projeto Piloto

O Estado do Espírito Santo foi o escolhido para sediar o projeto piloto do PROFAE. Neste Estado tivemos 3.013 trabalhadores cadastrados, sendo 28% destes (845) sem o primeiro grau de escolaridade, devendo cursar a complementação do ensino fundamental e o curso de qualificação profissional. O cadastramento desses alunos foi realizado no período de 15 a 30 de julho de 1999 e alcançou 68% do número de trabalhadores estimado como clientela do PROFAE. Foram cadastrados alunos em 75 municípios do Estado, 97% do total de municípios.

Estão atuando no PROFAE/Espírito Santo uma agência regional, uma instituição operadora e duas executoras, sendo uma para o ensino fundamental e outra para os cursos de qualificação profissional.

Ao todo, matricularam-se 933 alunos para os cursos de qualificação profissional, o que representa 43% dos trabalhadores cadastrados para essa modalidade, distribuídos em 27 turmas. Para o ensino fundamental foram matriculados 617 alunos, 73% dos cadastrados, distribuídos em 26 turmas. No total são 53 turmas em funcionamento no Estado. As turmas estão sediadas em 19 municípios para a complementação do ensino fundamental e em 16 municípios para os cursos de formação de auxiliares de enfermagem. As aulas tiveram início em 17 de julho de 2000.

Abaixo apresentamos tabelas com a distribuição das turmas segundo executora e modalidade de ensino.

Tabela 1
Distribuição dos alunos matriculados no PROFAE no Estado do Espírito Santo segundo município sede da turma, instituição executora e modalidade de ensino. Brasil, 2000.

Operadora: ESESP - Escola Estadual do Servidor Público Executora: IESP - Instituto Estadual de Saúde Pública Turmas de qualificação profissional		Operadora: ESESP - Escola Estadual do Servidor Público Executora: Secretaria Estadual de Saúde Turmas de ensino fundamental	
Município	Nº de alunos	Município	Nº de alunos
Afonso Cláudio	36	Aracruz	22
Alegre	36	Barra de São Francisco	13
Aracruz	30	Cachoeiro do Itapemirim	32
Baixo Guandu	36	Cariacica	69
Barra de São Francisco	31	Colatina	55
Boa Esperança	31	Guacuí	27
Cachoeiro do Itapemirim	62	Guarapari	49
Colatina	37	Itarana	17
Ecoporanga	36	Linhares	45
Guarapari	36	Mimoso do Sul	24
Itapemirim	35	Montanha	22
Linhares	36	São Gabriel da Palha	22
Mimoso do Sul	29	São Mateus	43
Nova Venécia	33	Venda Nova do Imigrante	14
Santa Maria de Jetibá	36	Vila Velha	82
São José do Calçado	36	Vitória	81
São Mateus	69	Total de Alunos	617
Serra	36		
Vitória	252		
Total de Alunos	933		

Relato PROF AE

Cadastramento prévio permitiu conhecer melhor a clientela do PROF AE

No primeiro cadastramento, inscreveram-se 128.993 trabalhadores da área de enfermagem, abrangendo todos os Estados e 86% dos municípios do Brasil. O número corresponde a mais da metade da clientela estimada para os cursos de formação oferecidos pelo PROF AE.

Com o objetivo de conhecer a demanda existente para os cursos do PROF AE e construir um banco de dados com informações sobre essa demanda, foi estabelecido um processo de cadastramento de trabalhadores na área de saúde.

A clientela do PROF AE, segundo estimativas, estaria presente em todo o território nacional, e, por esse motivo, optou-se por se realizar o cadastramento por meio de uma instituição que tivesse abrangência e infra-estrutura nacionais. A instituição escolhida foi o Banco do Brasil, que poderia realizar este cadastramento em suas agências.

Em conjunto com a equipe do Banco do Brasil, foi desenvolvido um questionário para coleta de informações sobre as pessoas inscritas. Os dados solicitados aos inscritos foram: nome; endereço residencial completo; data de nascimento; renda mensal; número do documento de identidade; número da carteira profissional; número do CPF; número do PIS/Pasep; grau de escolaridade; e informação sobre se o profissional já havia realizado algum curso profissionalizante de auxiliar de enfermagem sem o haver concluído. Estas variáveis são o objeto de análise deste relatório, que tenta traçar o perfil da clientela do PROF AE. Na elaboração do referido questionário não foram incluídas as informações sobre o sexo

dos inscritos nem sobre seu último empregador. Durante a análise dos dados coletados, percebemos a necessidade de tais informações, devendo o questionário ser revisto para o próximo cadastramento, com objetivo de aperfeiçoá-lo.

O cadastramento foi realizado primeiramente para o projeto piloto no Estado do Espírito Santo, no período de 15 a 30 de julho de 1999. Após a fase piloto, o cadastramento foi realizado em todo território nacional, no período de 15 de setembro de 1999 a 28 de fevereiro de 2000.

Alguns critérios foram estabelecidos pela equipe da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde (SIS/MS) para definir o perfil do trabalhador que poderia se inscrever no PROF AE. O objetivo foi o de restringir o alcance do PROF AE neste primeiro momento a pessoas que estivessem ativas no mercado de trabalho, mas ainda sem qualificação.

Os critérios exigidos foram os seguintes:

1- Possuir registro no PIS/Pasep e registro em carteira de trabalho ou declaração do empregador comprovando que o trabalhador atuava na área de enfermagem, e

2- Estar empregado, tendo sido contratado anteriormente a 1999, mas não ter realizado ou concluído o

curso de auxiliar de enfermagem; ou

3- Estar desempregado no momento, mas já ter trabalhado na área de enfermagem por no mínimo 18 meses, entre 1º de janeiro de 1996 e 31 de dezembro de 1998.

Estratégias de Divulgação

Durante a realização do cadastramento, foi estabelecida uma estratégia de divulgação que foi revisada e alterada algumas vezes ao longo do seu período de duração.

Parte da divulgação foi feita pelo Banco do Brasil. Um folheto acompanhando a ficha de cadastramento foi distribuído aos interessados. Este folheto continha informações sobre o **PROFAE**, sobre a oferta dos cursos profissionalizantes, bem como orientações para a inscrição. Além do folheto com a ficha anexa, foram afixados cartazes nas agências do banco. Foram realizadas reuniões internas com gerentes e funcionários para divulgar o novo trabalho. Os telefones gratuitos de informações do BB-Responde, do Banco do Brasil, e do Disque-Saúde, do Ministério da Saúde, foram colocados à disposição dos funcionários do banco e dos interessados no cadastramento.

Em uma segunda etapa, a divulgação do cadastramento utilizou-se de meios de comunicação de massa, tais como estações de rádio, em um processo coordenado pela Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde (Ascom/MS). Foram enviadas notas para diversos jornais, e, nos últimos 15 dias de cadastramento, foi feita divulgação pela televisão.

Para auxiliar a cobertura nos municípios menores, foi realizada uma pesquisa por meio de entrevistas telefônicas assistidas por computador (Etac) com profissionais enfermeiros sobre o **PROFAE**. Os objetivos eram avaliar o grau de conhecimento destes profissionais sobre a proposta do Projeto e convidá-los para compor uma rede de Agentes Solidários do **PROFAE**. Estes agentes atuaram ainda durante o período do cadastramento,

percorrendo estabelecimentos de saúde em todo o país em busca de trabalhadores que compunham a clientela do **PROFAE**, mas que desconheciam o Projeto e ainda não haviam se cadastrado para os cursos. Os Agentes Solidários forneciam informações e auxiliavam no cadastramento. Todos os agentes receberam material de divulgação e uma ajuda de custo para a realização do trabalho.

O trabalho do Agente Solidário do **PROFAE** teve uma grande contribuição para o êxito do cadastramento. A divulgação na mídia, principalmente na televisão, também contribuiu muito para aumentar o número de cadastrados.

É importante ressaltar que a população de trabalhadores beneficiada pelo **PROFAE** é uma população com nível sócio-econômico relativamente baixo, que tem, em média, renda mensal de dois salários mínimos, e, na sua maioria, escolaridade inferior ou até o 1º grau. Estudos sobre o mercado de trabalho nessa área indicam que a escolaridade e a profissionalização têm sido fatores fundamentais para manter os empregos desses trabalhadores e para elevar o nível de remuneração dos mesmos. Além disso, estes fatores contribuem de forma evidente para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à população

Estimativa da Clientela e Cadastramento

Anteriormente ao cadastramento, foi realizado um estudo para se chegar às estimativas do número de trabalhadores a serem formados pelo **PROFAE** nas modalidades de qualificação profissional e de ensino fundamental. Estas estimativas foram realizadas com dados coletados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), com dados de uma pesquisa telefônica realizada em 3.404 estabelecimentos hospitalares nos anos de 1998 e 1999, bem como de

relatórios de grupos focais com pessoal de enfermagem.

Das informações do sistema Rais/Caged, todos os vínculos de atendentes de enfermagem, outro pessoal de enfermagem e percentual dos trabalhadores braçais em atividades de enfermagem foram considerados. Na estimativa de pessoal para cursar ensino fundamental, foi incluído o total de pessoal de enfermagem sem 1º grau completo, excluindo-se os trabalhadores braçais. Os dados do sistema Rais/Caged foram estudados por microrregiões, totalizando para o Brasil uma estimativa de 225 mil trabalhadores a serem profissionalizados.

Neste primeiro cadastramento foram inscritos para os cursos do PROFAE um total de 128.993 trabalhadores da área de enfermagem, distribuídos pelas 27 unidades da Federação. O percentual de cadastrados sobre o estimado foi de 57,3%.

Distribuição Geográfica

Com relação à distribuição geográfica, o número de municípios com pessoas cadastradas no PROFAE é de 4.717, alcançando uma cobertura de 86% do total de municípios do país (Tabela 1). Em todas as Regiões foram cadastradas pessoas em mais de 80% dos municípios existentes. Nos Estados de Rondônia, Amazonas, Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul, a cobertura de municípios foi próxima a 100%. As outras unidades da Federação têm cobertura acima de 70%, com exceção do Piauí, que tem um percentual de 66%.

Podemos analisar os dados da distribuição geográfica dos cadastrados segundo o tamanho do município (Tabela 2). Para o total Brasil, 44,2% dos inscritos residem em municípios com menos de 50 mil habitantes, 12,2% em municípios com população entre 51 e 200 mil habitantes, 17,2% estão nos municípios que têm mais de 1 milhão de habitantes, e o restante nos municípios de médio porte, ou seja, de 200 mil a 1 milhão

de habitantes.

Para o Estado do Amazonas, 51% dos inscritos encontram-se em municípios com mais de 1 milhão de habitantes. Este percentual também é alto para o Rio de Janeiro: 37,5%. Configura-se para esses Estados uma concentração maior de alunos nas capitais e nos municípios de grande porte. As capitais concentram um grande número de inscritos em todos os Estados. Em certos Estados, a exemplo de São Paulo, no entanto, apesar de haver uma concentração de inscritos de 28,4% na capital, os municípios do interior com população de até 500 mil habitantes representam 60% dos inscritos.

A clientela para os cursos de ensino fundamental (23% do total de inscritos) está distribuída em todas as unidades da Federação e em 1.167 municípios.

Gênero e Grupo Etário

Idade e sexo são variáveis importantes quando estamos caracterizando uma população. No entanto, a variável sexo não foi coletada no cadastramento do PROFAE. Sabe-se que na categoria profissional de enfermagem a razão entre mulheres e homens é grande, o que não deve ser muito diferente para nossa população de cadastrados. Segundo dados de 1996 do sistema Rais/Caged, esta razão era de seis trabalhadoras em enfermagem do sexo feminino para cada trabalhador em enfermagem do sexo masculino, em todo o país. A participação feminina entre os trabalhadores de enfermagem é de 86,6% para o Brasil. Em todos os Estados este percentual está acima dos 80%, chegando a 96% no Estado do Acre, onde a razão mulheres/homens é de 30 para 1 (Tabela 3).

O grupo etário predominante entre os inscritos é o de 31 a 40 anos (37%). O grupo de 41 a 50 anos (30%) também é bastante numeroso. O grupo de 21 a 30 anos representa 22% dos inscritos. Os Estados de Roraima, Mato Grosso, Tocantins,

Rondônia e Paraná têm um percentual de pessoas jovens maior que o das outras unidades da Federação. Esse percentual está em torno de 29%. As pessoas acima de 50 anos são aproximadamente 10% do total de inscritos (Tabela 4).

Escolaridade

A informação sobre a escolaridade dos inscritos é importante para a determinação da clientela dos cursos de ensino fundamental. O percentual sem o 1º grau completo entre os cadastrados é de 23,3% (30.019) para o total do país. Deste total, 42,8% residem nos Estados de São Paulo e Minas Gerais (Tabela 5a).

Os Estados do Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Santa Catarina e São Paulo têm percentuais entre 28% e 30% nesta categoria. O Distrito Federal obteve o menor percentual de cadastrados sem o primeiro grau, cerca de 92 (5,9%) pessoas (Tabela 5b).

Cerca de 47,2% dos inscritos neste primeiro cadastramento do **PROFAE** têm nível de escolaridade entre 1º grau incompleto e/ou completo. Chama a atenção, no entanto, que 34,3% desta clientela possui o 2º grau completo. Também se cadastraram 1.817 pessoas que possuem o nível superior completo, e, mesmo assim, candidataram-se aos cursos de qualificação profissional do **PROFAE**. Deste total, 615 (33,8%) pessoas residem no Estado de São Paulo (Tabelas 5a e 5b).

Dentre as pessoas de todas as escolaridades que se inscreveram no **PROFAE** no primeiro cadastramento, 20% já haviam freqüentado algum curso profissionalizante de enfermagem sem concluí-lo. Dois Estados destacam-se nesse percentual: Acre, com 70% dos inscritos que têm curso incompleto, e Pará com 40%. Nos Estados que contêm o maior número de inscritos, esse percentual fica abaixo da média nacional, próximo a 15% (Tabela 6).

Informações sobre Renda Mensal

Antes de iniciarmos a análise sobre a renda desses trabalhadores cadastrados, é importante realizar algumas considerações metodológicas. A variável a ser analisada é renda mensal em reais, assim como foi solicitada no formulário do cadastramento. Essa variável foi preenchida por 102.209 (79,2%) dos inscritos. Quanto aos inscritos que não forneceram informação sobre renda, é provável que estivessem desempregados, mas ainda dentro do critério de cadastramento. Ou então se recusaram a fornecer a informação, tendo em vista que o campo não era de preenchimento obrigatório.

O valor do salário mínimo utilizado foi de R\$ 136,00, vigente no período do cadastramento. Além das pessoas que não possuem rendimentos mensais, foram excluídos da análise os inscritos que tiveram sua renda abaixo do percentil 5 ou acima do percentil 95. Foram estabelecidos, assim, os limites mínimo de R\$ 136,00 e máximo de R\$ 680,00. Esses parâmetros foram utilizados em toda a análise, realizada para o nível nacional, estadual ou municipal. Para o total do Brasil este *n* foi de 92.073 cadastrados.

O total da massa salarial movimentada mensalmente por esses trabalhadores para o Brasil é da ordem de R\$ 25.101.022,00. A Região Sudeste é responsável por 46,2% do total da massa salarial, ou seja, R\$ 11.588.289,00. Nesta Região, o Estado de São Paulo fica com o maior percentual (60%), R\$ 6.963.276,00, o que corresponde a 27,7% da massa salarial total do país. O segundo estado da Região é Minas Gerais, com R\$ 2.808.191,00.

A Região Nordeste tem uma massa salarial mensal de R\$ 4.668.057,00, 18,6% do total do país. O Estado da Bahia destaca-se nessa Região, com uma massa salarial mensal de R\$ 1.360.130,00, ou 5,4% do total.

A Região Sul movimenta mensalmente por meio desses trabalhadores

R\$ 4.576.697,00, ou seja, 18,2% do total. As Regiões Norte e Centro-Oeste movimentam, cada uma, uma massa salarial em torno de 8,5% do total do Brasil.

A renda média nacional desses trabalhadores é de R\$ 272,62. Quando comparamos Regiões, não nos deparamos com grandes discrepâncias. Mas, em termos de Estados, temos uma variação de 123% da menor renda média – R\$ 182,00 no estado do Maranhão – para a maior, R\$ 406,00 no estado de Roraima, que, juntamente com o Estado do Amapá, tem a maior renda média da Região Norte. Somente na Região Nordeste encontramos renda mensal inferior a R\$ 200,00. Essa realidade é encontrada em cinco Estados: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba. O Estado de São Paulo tem uma renda mensal média de R\$ 364,00 (Tabela 7).

A análise da renda mensal média por nível de escolaridade indica que há um acréscimo de renda quando ocorre aumento da escolaridade para o nível superior (Tabela 8).

Os dados encontrados (Tabela 7) sobre o nível salarial são semelhantes aos informados para os atendentes de enfermagem no sistema Rais/Caged.

A moda dos salários mensais foi o salário mínimo de R\$136,00, percebido por 12.759 trabalhadores (14%). A mediana do salário mensal foi R\$ 250,00, ou seja, 50% dos trabalhadores cadastrados no **PROFAE** recebem um salário de até esse valor. Os menores valores de mediana são encontrados nos Estados do Piauí e Maranhão, onde 50% dos trabalhadores têm uma renda mensal de R\$ 141,00 e R\$ 148,00 respectivamente. No Estado de São Paulo, que tem a maior massa salarial, encontramos um valor de R\$ 350,00 para a mediana.

Nessa primeira etapa, foram cadastrados 128.993 trabalhadores, que irão ser qualificados pelo **PROFAE**, e que, conforme dito anteriormente, correspondem a

57,3% da clientela estimada.

Considerando ser este o primeiro cadastramento e o desconhecimento do Projeto que ainda havia em estabelecimentos de saúde por parte de empregadores e trabalhadores, avaliamos esta primeira etapa muito positivamente. Uma segunda etapa, com um novo cadastramento, deverá ser realizada buscando atingir o restante da clientela. Estratégias novas para alcançar este público estão sendo estudadas e em breve deverão ser implementadas.

Tabela 1**Distribuição do número de municípios que têm trabalhadores cadastrados no PROFAE segundo a unidade da Federação. Brasil, 2000.**

Unidade da Federação	nº de municípios com inscritos no PROFAE	nº total de municípios da UF	relação percentual
Brasil	4.717	5.507	85,65
Norte	362	449	80,62
Rondônia	51	52	98,08
Acre	18	22	81,82
Amazonas	58	62	93,55
Roraima	11	15	73,33
Pará	103	143	72,03
Amapá	13	16	81,25
Tocantins	108	139	77,70
Nordeste	1.480	1.787	82,82
Maranhão	165	217	76,04
Piauí	146	221	66,06
Ceará	164	184	89,13
Rio Grande do Norte	141	166	84,94
Paraíba	171	223	76,68
Pernambuco	176	185	95,14
Alagoas	90	101	89,11
Sergipe	73	75	97,33
Bahia	354	415	85,30
Sudeste	1.507	1.666	90,46
Minas Gerais	761	853	89,21
Espírito Santo	75	77	97,40
Rio de Janeiro	90	91	98,90
São Paulo	581	645	90,08
Sul	967	1.159	83,43
Paraná	374	399	93,73
Santa Catarina	241	293	82,25
Rio Grande do Sul	352	467	75,37
Centro Oeste	401	446	89,91
Mato Grosso do Sul	77	77	100,00
Mato Grosso	108	126	85,71
Goiás	215	242	88,84
Distrito Federal	1	1	100,00

Fonte: PROFAE/MS

Tabela 2
Distribuição do número de inscritos no PROFAE segundo número de habitantes do município de inscrição, por unidade da Federação. Brasil, 2000.

UF	até 50 mil		51 mil a 200 mil		201 mil a 500 mil		501 mil a 1 milhão		mais de 1 milhão		total
		%		%		%		%		%	
AC	402	30,55	840	63,83	74	5,62	0	0,00	0	0,00	1.316
AL	1.385	60,53	0	0,00	418	18,27	485	21,20	0	0,00	2.288
AM	1.424	37,36	0	0,00	479	12,57	0	0,00	1.909	50,08	3.812
AP	69	22,19	195	62,70	47	15,11	0	0,00	0	0,00	311
BA	3.927	48,90	818	10,19	1.936	24,11	0	0,00	1.350	16,81	8.031
CE	2.014	48,36	190	4,56	800	19,21	0	0,00	1.161	27,88	4.165
DF	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1.570	100,00	1.570
ES	1.326	43,92	973	32,23	720	23,85	0	0,00	0	0,00	3.019
GO	2.772	69,04	261	6,50	602	14,99	0	0,00	380	9,46	4.015
MA	1.995	54,17	128	3,48	870	23,62	690	18,73	0	0,00	3.683
MG	9.318	59,09	929	5,89	3.748	23,77	519	3,29	1.255	7,96	15.769
MS	1.905	54,91	0	0,00	586	16,89	978	28,19	0	0,00	3.469
MT	1.697	64,28	539	20,42	404	15,30	0	0,00	0	0,00	2.640
PA	878	38,14	256	11,12	681	29,58	0	0,00	487	21,16	2.302
PB	1.192	88,56	90	6,69	51	3,79	13	0,97	0	0,00	1.346
PE	2.563	43,46	819	13,89	1.270	21,54	282	4,78	963	16,33	5.897
PI	1.034	61,18	0	0,00	163	9,64	493	29,17	0	0,00	1.690
PR	5.655	55,74	1.334	13,15	1.928	19,00	0	0,00	1.229	12,11	10.146
RJ	1.201	20,84	826	14,34	981	17,03	592	10,27	2.162	37,52	5.762
RN	1.412	61,63	228	9,95	138	6,02	513	22,39	0	0,00	2.291
RO	1.548	65,07	445	18,71	386	16,23	0	0,00	0	0,00	2.379
RR	81	24,77	0	0,00	246	75,23	0	0,00	0	0,00	327
RS	2.618	35,88	1.611	22,08	2.034	27,88	0	0,00	1.033	14,16	7.296
SC	1.941	53,65	481	13,29	1.196	33,06	0	0,00	0	0,00	3.618
SE	1.331	60,56	456	20,75	411	18,70	0	0,00	0	0,00	2.198
SP	6.382	22,37	4.333	15,19	6.955	24,38	2.128	7,46	8.734	30,61	28.532
TO	930	82,96	0	0,00	191	17,04	0	0,00	0	0,00	1.121
Total	57.000	44,19	15.752	12,21	27.315	21,18	6.693	5,19	22.233	17,24	128.993

Fonte: PROFAE/MS

Tabela 3**Distribuição dos empregos de atendentes de enfermagem segundo gênero, por unidade federada. Brasil, 1996.**

Unidade da Federação	Masculino	Feminino	Total	Participação feminina (%)
Rondônia	28	120	148	81,08
Acre	1	30	31	96,77
Amazonas	245	1.444	1.689	85,49
Roraima	1	7	8	87,50
Pará	115	673	788	85,41
Amapá	18	58	76	76,32
Tocantins	11	110	121	90,91
Maranhão	94	730	824	88,59
Piauí	56	540	596	90,60
Ceará	330	3.462	3.792	91,30
Rio Grande do Norte	61	748	809	92,46
Paraíba	136	1.202	1.338	89,84
Pernambuco	246	2.661	2.907	91,54
Alagoas	227	1.993	2.220	89,77
Sergipe	90	574	664	86,45
Bahia	512	3.153	3.665	86,03
Minas Gerais	2.058	12.433	14.491	85,80
Espírito Santo	149	1.423	1.572	90,52
Rio de Janeiro	626	3.147	3.773	83,41
São Paulo	8.252	47.928	56.180	85,31
Paraná	690	5.830	6.520	89,42
Santa Catarina	315	3.231	3.546	91,12
Rio Grande do Sul	664	4.930	5.594	88,13
Mato Grosso do Sul	188	1.197	1.385	86,43
Mato Grosso	143	978	1.121	87,24
Goiás	103	1.190	1.293	92,03
Distrito Federal	91	414	505	81,98
Ignorado	3	27	30	90,00
Total	15.453	100.233	115.686	86,64

Fonte: Rais/Caged/MTE

Tabela 4
Distribuição dos trabalhadores cadastrados no PROFAE segundo a faixa etária em anos, por unidade da Federação e Região. Brasil, 2000.

Unidade da Federação/ Região	menos de 20						mais de 60						Total
	20	%	21 a 30	%	31 a 40	%	41 a 50	%	51 a 60	%	60	%	
Brasil	1.566	1,2	28.307	21,9	47.517	36,8	38.162	29,6	12.008	9,3	1.433	1,1	128.993
Norte	89	0,8	2.935	25,4	4.744	41,0	2.965	25,6	732	6,3	103	0,9	11.568
RO	23	1,0	665	28,0	990	41,6	559	23,5	123	5,2	19	0,8	2.379
AC	11	0,8	339	25,8	526	40,0	331	25,2	88	6,7	21	1,6	1.316
AM	19	0,5	910	23,9	1.576	41,3	1.000	26,2	278	7,3	29	0,8	3.812
RR	2	0,6	96	29,4	132	40,4	79	24,2	16	4,9	2	0,6	327
PA	17	0,7	555	24,1	940	40,8	615	26,7	152	6,6	23	1,0	2.302
AP	1	0,3	67	21,5	119	38,3	99	31,8	22	7,1	3	1,0	311
TO	16	1,4	303	27,0	461	41,1	282	25,2	53	4,7	6	0,5	1.121
Nordeste	216	0,7	6.569	20,8	12.891	40,8	9.196	29,1	2.472	7,8	245	0,8	31.589
MA	24	0,7	810	22,0	1.459	39,6	1.040	28,2	314	8,5	36	1,0	3.683
PI	8	0,5	263	15,6	710	42,0	550	32,5	148	8,8	11	0,7	1.690
CE	45	1,1	939	22,5	1.577	37,9	1.212	29,1	353	8,5	39	0,9	4.165
RN	16	0,7	462	20,2	1.024	44,7	643	28,1	131	5,7	15	0,7	2.291
PB	8	0,6	300	22,3	536	39,8	375	27,9	121	9,0	6	0,4	1.346
PE	34	0,6	1.194	20,2	2.305	39,1	1.751	29,7	554	9,4	59	1,0	5.897
AL	19	0,8	491	21,5	907	39,6	679	29,7	171	7,5	21	0,9	2.288
SE	17	0,8	394	17,9	971	44,2	650	29,6	154	7,0	12	0,5	2.198
BA	45	0,6	1.716	21,4	3.402	42,4	2.296	28,6	526	6,5	46	0,6	8.031
Centro Oeste	143	1,2	3.097	26,5	4.663	39,9	3.047	26,1	683	5,8	61	0,5	11.694
MS	44	1,3	857	24,7	1.284	37,0	976	28,1	286	8,2	22	0,6	3.469
MT	48	1,8	744	28,2	1.056	40,0	636	24,1	143	5,4	13	0,5	2.640
GO	38	0,9	977	24,3	1.714	42,7	1.086	27,0	184	4,6	16	0,4	4.015
DF	13	0,8	519	33,1	609	38,8	349	22,2	70	4,5	10	0,6	1.570
Sudeste	670	1,3	10.302	19,4	17.871	33,7	17.032	32,1	6.334	11,9	873	1,6	53.082
MG	281	1,8	4.010	25,4	5.773	36,6	4.379	27,8	1.179	7,5	147	0,9	15.769
ES	15	0,5	446	14,8	1.070	35,4	1.087	36,0	363	12,0	38	1,3	3.019
RJ	58	1,0	1.040	18,0	1.920	33,3	1.906	33,1	721	12,5	117	2,0	5.762
SP	316	1,1	4.806	16,8	9.108	31,9	9.660	33,9	4.071	14,3	571	2,0	28.532
Sul	448	2,1	5.404	25,7	7.348	34,9	5.922	28,1	1.787	8,5	151	0,7	21.060
PR	277	2,7	3.011	29,7	3.689	36,4	2.419	23,8	693	6,8	57	0,6	10.146
SC	103	2,8	886	24,5	1.293	35,7	1.046	28,9	271	7,5	19	0,5	3.618
RS	68	0,9	1.507	20,7	2.366	32,4	2.457	33,7	823	11,3	75	1,0	7.296

Fonte: PROFAE/MS

Tabela 5a

Distribuição percentual do grau de escolaridade dos inscritos no PROFAE em relação ao total nacional para cada grau de escolaridade, por unidade federada. Brasil, 2000.

UF	1º grau incompleto	%	1º grau completo	%	2º grau incompleto	%	2º grau completo	%	superior incompleto	%	superior completo	%
AC	138	0,5	973	3,2	78	0,4	116	0,3	9	0,3	2	0,1
AL	548	1,8	622	2,0	334	1,7	739	1,7	26	1,0	19	1,0
AM	25	0,1	83	0,3	53	0,3	149	0,3	1	0,0	0	0,0
AP	408	1,4	655	2,1	466	2,4	2.226	5,0	47	1,8	10	0,6
BA	1.530	5,1	1.391	4,5	1.153	5,9	3.841	8,7	76	2,9	40	2,2
CE	1.036	3,5	789	2,6	628	3,2	1.552	3,5	102	3,9	58	3,2
DF	92	0,3	191	0,6	305	1,6	930	2,1	25	1,0	27	1,5
ES	845	2,8	838	2,7	431	2,2	854	1,9	27	1,0	24	1,3
GO	1.147	3,8	930	3,0	623	3,2	1.191	2,7	75	2,9	49	2,7
MA	593	2,0	766	2,5	492	2,5	1.786	4,0	31	1,2	15	0,8
MT	536	1,8	525	1,7	526	2,7	960	2,2	70	2,7	23	1,3
MS	983	3,3	734	2,4	540	2,8	1.039	2,3	109	4,2	64	3,5
MG	4.633	15,4	3.675	11,9	2.277	11,7	4.849	11,0	169	6,5	166	9,1
PA	223	0,7	584	1,9	436	2,2	1.019	2,3	24	0,9	16	0,9
PB	325	1,1	286	0,9	203	1,0	455	1,0	34	1,3	43	2,4
PR	1.367	4,6	2.120	6,9	1.711	8,8	4.511	10,2	259	9,9	178	9,8
P E	1.134	3,8	1.058	3,4	943	4,9	2.371	5,4	188	7,2	203	11,2
PI	331	1,1	370	1,2	271	1,4	662	1,5	45	1,7	11	0,6
RJ	1.093	3,6	1.662	5,4	1.012	5,2	1.763	4,0	161	6,2	71	3,9
RN	409	1,4	448	1,5	298	1,5	1.030	2,3	52	2,0	54	3,0
RS	1.995	6,6	1.765	5,7	1.257	6,5	1.997	4,5	214	8,2	68	3,7
RO	544	1,8	655	2,1	370	1,9	778	1,8	22	0,8	10	0,6
RR	48	0,2	62	0,2	74	0,4	128	0,3	14	0,5	1	0,1
SC	1.082	3,6	907	2,9	579	3,0	905	2,0	109	4,2	36	2,0
SP	8.216	27,4	8.048	26,1	3.760	19,4	7.213	16,3	680	26,0	615	33,8
SE	599	2,0	474	1,5	366	1,9	723	1,6	24	0,9	12	0,7
TO	139	0,5	263	0,9	212	1,1	486	1,1	19	0,7	2	0,1
Total	30.019	100,0	30.874	100,0	19.398	100,0	44.273	100,0	2.612	100,0	1.817	100,0

Fonte: PROFAE/MS

Tabela 5b

Distribuição percentual do grau de escolaridade dos inscritos no PROFAE em relação ao total de alunos inscritos em cada unidade federada, por unidade federada. Brasil, 2000.

UF	1º grau incompleto	%	1º grau completo	%	2º grau incompleto	%	2º grau completo	%	superior incompleto	%	superior completo	%	Total de alunos
AC	138	10,5	973	73,9	78	5,9	116	8,8	9	0,7	2	0,2	1.316
AL	548	24,0	622	27,2	334	14,6	739	32,3	26	1,1	19	0,8	2.288
AM	25	8,0	83	26,7	53	17,0	149	47,9	1	0,3	0	0,0	311
AP	408	10,7	655	17,2	466	12,2	2.226	58,4	47	1,2	10	0,3	3.812
BA	1.530	19,1	1.391	17,3	1.153	14,4	3.841	47,8	76	0,9	40	0,5	8.031
CE	1.036	24,9	789	18,9	628	15,1	1.552	37,3	102	2,4	58	1,4	4.165
DF	92	5,9	191	12,2	305	19,4	930	59,2	25	1,6	27	1,7	1.570
ES	845	28,0	838	27,8	431	14,3	854	28,3	27	0,9	24	0,8	3.019
GO	1.147	28,6	930	23,2	623	15,5	1.191	29,7	75	1,9	49	1,2	4.015
MA	593	16,1	766	20,8	492	13,4	1.786	48,5	31	0,8	15	0,4	3.683
MT	536	20,3	525	19,9	526	19,9	960	36,4	70	2,7	23	0,9	2.640
MS	983	28,3	734	21,2	540	15,6	1.039	30,0	109	3,1	64	1,8	3.469
MG	4.633	29,4	3.675	23,3	2.277	14,4	4.849	30,8	169	1,1	166	1,1	15.769
PA	223	9,7	584	25,4	436	18,9	1.019	44,3	24	1,0	16	0,7	2.302
PB	325	24,1	286	21,2	203	15,1	455	33,8	34	2,5	43	3,2	1.346
PR	1.367	13,5	2.120	20,9	1.711	16,9	4.511	44,5	259	2,6	178	1,8	10.146
P I	1.134	19,2	1.058	17,9	943	16,0	2.371	40,2	188	3,2	203	3,4	5.897
PR	331	19,6	370	21,9	271	16,0	662	39,2	45	2,7	11	0,7	1.690
RJ	1.093	19,0	1.662	28,8	1.012	17,6	1.763	30,6	161	2,8	71	1,2	5.762
RN	409	17,9	448	19,6	298	13,0	1.030	45,0	52	2,3	54	2,4	2.291
RS	1.995	27,3	1.765	24,2	1.257	17,2	1.997	27,4	214	2,9	68	0,9	7.296
RO	544	22,9	655	27,5	370	15,6	778	32,7	22	0,9	10	0,4	2.379
RR	48	14,7	62	19,0	74	22,6	128	39,1	14	4,3	1	0,3	327
SC	1.082	29,9	907	25,1	579	16,0	905	25,0	109	3,0	36	1,0	3.618
SP	8.216	28,8	8.048	28,2	3.760	13,2	7.213	25,3	680	2,4	615	2,2	28.532
SE	599	27,3	474	21,6	366	16,7	723	32,9	24	1,1	12	0,5	2.198
TO	139	12,4	263	23,5	212	18,9	486	43,4	19	1,7	2	0,2	1.121
Brasil	30.019	23,3	30.874	23,9	19.398	15,0	44.273	34,3	2.612	2,0	1.817	1,4	128.993

Fonte: PROFAE/MS

Tabela 6

Distribuição do número de inscritos no PROFAE que já freqüentaram um curso profissionalizante de auxiliar de enfermagem sem tê-lo concluído, por unidade da Federação. Brasil, 2000.

Unidade da Federação	não freqüentou	%	freqüentou	%
Acre	392	29,8	924	70,2
Alagoas	1.713	74,9	575	25,1
Amazonas	2.588	67,9	1.224	32,1
Amapá	219	70,4	92	29,6
Bahia	6.076	75,7	1.955	24,3
Ceará	3.384	81,2	781	18,8
Distrito Federal	1.059	67,5	511	32,5
Espírito Santo	2.431	80,5	588	19,5
Goiás	3.266	81,3	749	18,7
Maranhão	2.795	75,9	888	24,1
Minas Gerais	13.357	84,7	2.412	15,3
Mato Grosso do Sul	2.973	85,7	496	14,3
Mato Grosso	2.045	77,5	595	22,5
Pará	1.379	59,9	923	40,1
Paraíba	995	73,9	351	26,1
Pernambuco	4.461	75,6	1.436	24,4
Piauí	1.346	79,6	344	20,4
Paraná	8.774	86,5	1.372	13,5
Rio de Janeiro	4.163	72,2	1.599	27,8
Rio Grande do Norte	1.803	78,7	488	21,3
Rondônia	1.960	82,4	419	17,6
Roraima	260	79,5	67	20,5
Rio Grande do Sul	6.140	84,2	1.156	15,8
Santa Catarina	3.042	84,1	576	15,9
Sergipe	1.859	84,6	339	15,4
São Paulo	24.085	84,4	4.447	15,6
Tocantins	741	66,1	380	33,9
Total	103.306	80,1	25.687	19,9

Fonte: PROFAE/MS

Tabela 7
Distribuição de aspectos diversos da renda mensal dos trabalhadores cadastrados no PROFAE,
por unidade da Federação e Região. Brasil, 2000.

Unidade da Federação/ Região	Número de cadastrados com renda mensal(*)	Massa salarial mensal em Reais	Renda mensal média em Reais	Renda mensal média em salários mínimos	Percentual em relação à massa salarial total	Distribuição percentual do número de cadastrados com renda
Brasil	92.073	25.101.022,00	272,62	2,00	100,00	100,00
Norte	7.599	2.116.189,00	295,74	2,17	8,43	8,25
Rondônia	1.814	498.911,00	275,03	2,02	1,99	1,97
Acre	304	86.400,00	284,21	2,09	0,34	0,33
Amazonas	2.559	787.217,00	307,62	2,26	3,14	2,78
Roraima	215	87.315,00	406,11	2,99	0,35	0,23
Pará	1.639	392.193,00	239,28	1,76	1,56	1,78
Amapá	213	70.635,00	331,61	2,44	0,28	0,23
Tocantins	855	193.518,00	226,33	1,66	0,77	0,93
Nordeste	22.747	4.668.057,00	200,36	1,47	18,60	24,71
Maranhão	2.767	505.765,00	182,78	1,34	2,01	3,01
Piauí	1.122	212.563,00	189,45	1,39	0,85	1,22
Ceará	2.960	581.701,00	196,52	1,45	2,32	3,21
Rio Grande do Norte	1.778	337.165,00	189,63	1,39	1,34	1,93
Paraíba	850	161.377,00	189,85	1,40	0,64	0,92
Pernambuco	4.142	863.246,00	208,41	1,53	3,44	4,50
Alagoas	1.340	300.704,00	224,40	1,65	1,20	1,46
Sergipe	1.756	345.406,00	196,70	1,45	1,38	1,91
Bahia	6.032	1.360.130,00	225,48	1,66	5,42	6,55
Centro Oeste	8.571	2.151.790,00	274,48	2,02	8,57	9,31
Mato Grosso do Sul	2.600	662.465,00	254,79	1,87	2,64	2,82
Mato Grosso	2.014	529.733,00	263,02	1,93	2,11	2,19
Goiás	3.357	744.607,00	221,80	1,63	2,97	3,65
Distrito Federal	600	214.985,00	358,30	2,63	0,86	0,65
Sudeste	37.378	11.588.289,00	292,20	2,15	46,17	40,60
Minas Gerais	11.856	2.808.191,00	236,85	1,74	11,19	12,88
Espírito Santo	2.443	709.865,00	290,57	2,14	2,83	2,65
Rio de Janeiro	3.991	1.106.957,00	277,36	2,04	4,41	4,33
São Paulo	19.088	6.963.276,00	364,00	2,68	27,74	20,73
Sul	15.778	4.576.697,00	296,85	2,18	18,23	17,14
Paraná	7.597	2.030.854,00	267,32	1,97	8,09	8,25
Santa Catarina	2.717	850.152,001	312,90	2,30	3,39	2,95
Rio Grande do Sul	5.464	1.695.691,00	310,33	2,28	6,76	5,93

Fonte: PROFAE/MS

* não foram incluídos 36.920 inscritos que não tem rendimentos mensais, não forneceram informações ou estavam abaixo do percentil 5 ou acima do percentil 95.

Tabela 8
Distribuição da renda mensal média dos inscritos no PROFAE segundo grau de escolaridade. Brasil, 2000.

Escolaridade	Renda mensal média em Reais	Renda mensal média em salários mínimos
1º Grau incompleto	276,25	2,03
1º Grau completo	277,86	2,04
2º Grau incompleto	266,11	1,96
2º Grau completo	265,69	1,95
superior incompleto	305,21	2,24
superior completo	320,04	2,35

Fonte: PROFAE/MS

Figura 1
Distribuição do número de inscritos no PROFAE segundo a faixa etária em anos. Brasil, 2000.

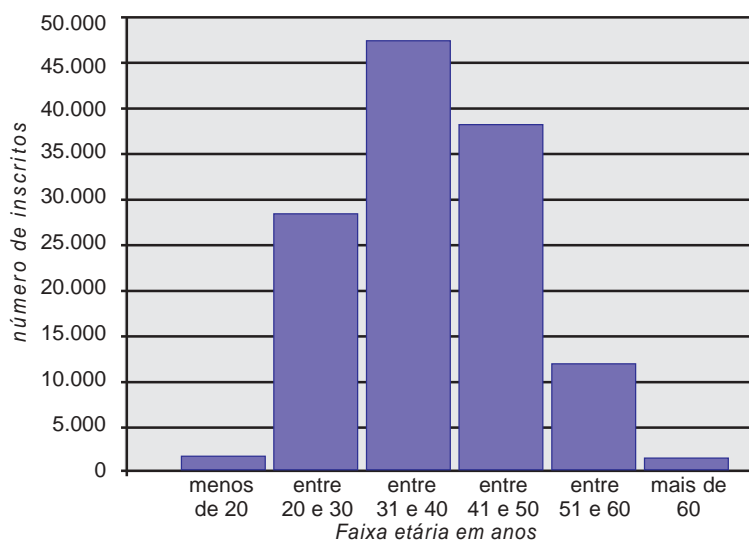
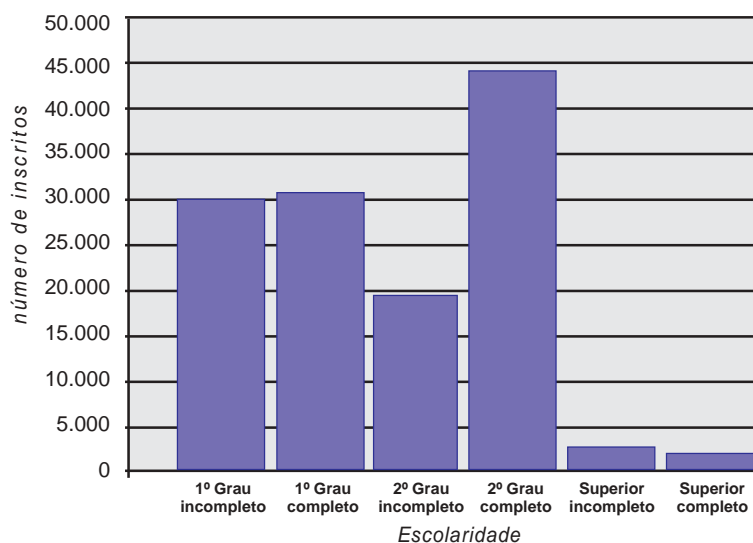


Figura 2
Distribuição do número de inscritos no PROFAE segundo o grau de escolaridade. Brasil, 2000.



Pesquisa PROF AE

Mobilização de agentes solidários do PROF AE

Pesquisa fez parte da estratégia de divulgação do PROF AE na fase de cadastramento, e obteve informações sobre a quantidade de pessoal desqualificado trabalhando em atividades de enfermagem, a demanda dos estabelecimentos com relação aos cursos de escolarização e qualificação, e o número de trabalhadores dispostos a fazer o curso.

Introdução:

Esta pesquisa, um *survey* realizado por meio de entrevistas telefônicas assistidas por computador (Etac), foi solicitada pela equipe do PROF AE como parte das estratégias de divulgação do processo de cadastramento, e realizada entre os dias 20 de dezembro de 1999 e 21 de janeiro de 2000. Cobriu 1.969 estabelecimentos hospitalares em 1.394 municípios brasileiros, número correspondente à totalidade dos municípios brasileiros que possuem entre um e cinco hospitais com mais de 20 empregados registrados no Cadastro de Estabelecimentos Empregadores (CEE) da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Tomando por base esse desenho, o universo pesquisado correspondeu a 75% dos municípios do país com estabelecimentos com mais de 20 empregados registrados.

Objetivos

1- divulgar o PROF AE, convocando profissionais responsáveis pelos serviços de atendimento de enfermagem (enfermeiros-chefes ou pessoal com responsabilidade similar no estabelecimento) para uma cooperação voluntária com o processo de mobilização de clientela para os cursos de profissionalização de auxiliares de enfermagem e escolarização em nível fundamental de

pessoal da área (cadastramento de agentes voluntários).

2- Ampliar o leque de informações existentes sobre o PROF AE, pesquisando os índices de divulgação do programa, levantando informações sobre o processo de cadastramento, número de pessoas desqualificadas trabalhando em atividades de enfermagem, necessidades quantitativas reais dos estabelecimentos com relação aos cursos, número de trabalhadores dispostos a fazer o curso e, finalmente, quantificando opiniões dos entrevistados sobre fatores de motivação e desmotivação para que as pessoas se inscrevessem no PROF AE (pesquisa propriamente dita).

Descrição do Problema da Investigação-Mobilização

O PROF AE tem como meta a profissionalização de cerca de 225 mil trabalhadores que atualmente exercem atividades de enfermagem no país sem a qualificação necessária nem as credenciais educativas e profissionais estipuladas pela Lei de Exercício da Enfermagem.

Através do estímulo à estruturação de uma rede de organizações operadoras e executoras de cursos de escolarização e da modernização institucional das escolas técnicas de saúde dos governos, o projeto oferece oportunidade de profissionalização e escolarização gratuita a todo esse contingente de trabalhadores.

O cadastramento, procedimento

que foi realizado pelo **PROFAE** para conhecer e obter o cadastro de sua clientela por meio de inscrição gratuita no Banco do Brasil dos trabalhadores interessados, na medida em que representa uma ação efetiva de disposição para participação, configura-se como aspecto crucial para que o projeto tenha bom êxito. Por um lado, porque permite uma programação mais realista das atividades da gerência geral do projeto no Ministério da Saúde. Por outro lado, porque contribui para reduzir a incerteza das agências regionais, responsáveis pela regulação do processo no âmbito dos Estados e Regiões, e dos agentes operadores e executores, responsáveis pelo planejamento e execução dos cursos.

Em dezembro de 1999, quando demos início à pesquisa, cerca de 40 mil trabalhadores haviam se cadastrado nas agências do Banco do Brasil, performance essa bem aquém da desejável, em função da meta de profissionalização de 225 mil trabalhadores. Na raiz dessa baixa performance do processo de cadastramento foi identificada uma série de dificuldades: problemas de informação – falta de informação sobre o **PROFAE**, informações truncadas e parciais, desinformação, etc.; relativa inobservância de peculiaridades regionais e rigidez relativa na definição dos pré-requisitos para cadastramento; dificuldades do próprio processo de operação do cadastramento pelo Banco do Brasil; problemas relacionados à fiscalização dos Corens; falta de motivação de parte da clientela potencial do projeto; além, naturalmente, da possibilidade de erro da estimativa do número de atendentes e trabalhadores desqualificados atuando na área, com sobreestimação da clientela potencial; e outras. Cada um destes tipos de dificuldades mereceu estratégias específicas para seu enfrentamento, como a flexibilização e adequação de pré-requisitos de cadastramento, a realização de esforços no sentido de melhorar a operação do cadastramento e o desenho de campanhas de divulgação de informações.

Com relação ao problema da informação, as ações em implementação incluíram desde o reforço da comunicação junto à mídia, até a formação de agentes mobilizadores.

A pesquisa-mobilização de agentes solidários do **PROFAE** se inseriu entre os esforços de melhorar a informação sobre o **PROFAE** e o cadastramento de candidatos, e teve como alvo de cobertura os municípios e regiões de menor porte, as quais, por hipótese, seriam menos atingidos pelas demais estratégias. Este era o objetivo principal.

De acordo com os dados do CEE, atualizados para agosto de 1999, existem no Brasil aproximadamente 10 mil estabelecimentos hospitalares (classe da Classificação Nacional de Atividades Empregatícias - CNAE: atividade de atendimento hospitalar) dos quais, 3.487 informavam deter mais de 20 vínculos empregatícios. De acordo com os dados do sistema Rais/Caged, estes estabelecimentos (com mais de 20 empregados) empregam mais de 80% do contingente de atendentes e trabalhadores desqualificados na área de enfermagem lotados nos estabelecimentos de serviços de saúde do subsetor de atividade de serviços médicos e odontológicos (que inclui, além dos hospitais, os serviços de atendimento domiciliar e terapêutico, ambulatorios e consultórios de profissionais de saúde, etc.) e 95% dos empregados em hospitais. Por outro lado, estima-se que nestes estabelecimentos estejam lotados aproximadamente 50% do total da clientela do **PROFAE** (é preciso notar que cerca de 40% dos atendentes estão empregados na administração pública – os hospitais com mais de mil empregados detêm, neste caso, mais de 80% dos atendentes). Quase 1,5 mil municípios contam com hospitais com mais de 20 empregados, sendo que, conforme se pode ver na Tabela 1 (pág. 33), 70% dos municípios contam com apenas um hospital nesta categoria, e 25% dos municípios possuem entre dois e cinco hospitais. Estima-se que 25% da demanda de formação do **PROFAE** se situe nestes

municípios. Estes 1.394 municípios detêm aproximadamente 60% dos estabelecimentos com mais de 20 empregados.

Metodologia

1- Amostragem

Para a construção do plano de amostragem, utilizamos o CEE do Sistema Rais/Caged do MTE. Do universo de 10 mil estabelecimentos constantes do CEE, 3.487 informavam deter mais de 20 vínculos formais de emprego. Dentre esses, foi retirada por motivos mencionados na justificativa, uma amostra de 1.969 hospitais localizados em 1.394 municípios brasileiros que possuíam menos de seis estabelecimentos hospitalares com mais de 20 vínculos (a amostra correspondeu à totalidade dos estabelecimentos enquadrada nessas características). A partir daí foi construído um *mailing* com todas as informações necessárias (razão social do estabelecimento, endereço completo, porte de empregados, etc.).

2 - Variáveis Pesquisadas

Para a realização da pesquisa, foi desenvolvido um questionário dividido em três partes. O primeiro bloco de perguntas era antecedido pela divulgação do PROFAE, que consistia no esclarecimento do interlocutor sobre o projeto, sobre os problemas existentes em relação ao cadastramento, e sobre suas necessidades e objetivos. Os quesitos desse bloco objetivavam a

obtenção de informações sobre:

- a) os índices de conhecimento do PROFAE;
- b) o meio de conhecimento do projeto;
- c) o processo de cadastramento nos municípios;
- d) quantificação de pessoal desqualificado trabalhando em atividades de enfermagem;
- e) demanda dos estabelecimentos com relação aos cursos de escolarização e qualificação;
- f) número de trabalhadores dispostos a fazer o curso.

O segundo bloco tratava do cadastramento dos agentes, objetivando a criação do cadastro de agentes solidários (com nome e endereço completo do agente) para envio de material de divulgação.

O último bloco da pesquisa continha perguntas opinativas sobre os fatores que motivariam ou desmotivariam a clientela potencial a fazer os cursos do PROFAE.

3 - Aspectos Operacionais

O survey foi realizado através de entrevista telefônica assistida por computador (Etac). As perguntas foram dirigidas aos enfermeiros-chefes dos estabelecimentos (na ausência destes eram acionados administradores, enfermeiros sem cargo de chefia, ou auxiliares de enfermagem). Foi desenvolvido um programa operacional "máscara" contendo o *mailing* com todas as

Tabela 1
Distribuição do número de estabelecimentos, de municípios e de atendentes de enfermagem segundo a faixa de número de estabelecimentos com mais de 20 empregados por município(*). Brasil, 1999.

Faixa do número de estabelecimentos	Número de estabelecimentos	%	Número de municípios	%	% Atendentes
1	1.030	29,54	1.030	69,69	13
2 a 5	966	27,70	364	24,63	22
6 a 20	525	15,06	52	3,52	18
21 a 50	367	10,52	12	0,81	18
Mais de 50	599	17,18	20	1,35	29
Total	3.487	100	1.478	100	100

Fonte: Rais/Caged/MTE

*A pesquisa cobriu os grupos de municípios que possuem apenas um estabelecimento e os que possuem de dois a cinco estabelecimentos.

informações sobre o estabelecimento, e os três blocos do questionário.

Utilizamos na operação cinco Pontos de Atendimento (PA), cada um deles operado em dois turnos de quatro horas, ocupando um contingente de dez operadores. Ao supervisor coube a função de revisão e validação dos questionários, além da confecção e do envio diário da listagem contendo o nome e endereço completo dos agentes cadastrados para os coordenadores do programa. O processo de entrevista e mobilização teve, em média, uma duração de 20 minutos, e na grande maioria dos casos conseguimos contatar os respondentes na primeira ligação.

4 - Orientação para Leitura dos Resultados.

A categoria "Não Respondeu" corresponde aos amostrados que após a quinta tentativa de contato

não foram encontrados ou não se dispuseram a responder a pesquisa.

A categoria "Não Existe" corresponde aos estabelecimentos amostrados que encerraram as atividades, assim como àqueles que não se enquadravam nas características estipuladas pelo desenho amostral.

As freqüências relativas ao total de respondentes (n) das tabelas que se seguem variam em função da variação do número de entrevistados que responderam a cada quesito do questionário.

Resultados

A seguir apresentamos algumas tabulações com os resultados da pesquisa.

Tabela 2
Distribuição do número de estabelecimentos pesquisados, segundo situação perante a pesquisa. Brasil, janeiro de 2000.

Unidade da Federação	não respondeu / não existe		respondeu		Total
	n	%	n	%	
Acre	1	20,0	4	80,0	5
Alagoas	1	6,7	14	93,3	15
Amapá	0	0,0	2	100,0	2
Bahia	3	2,6	113	97,4	116
Ceará	3	5,6	51	94,4	54
Espírito Santo	2	4,0	48	96,0	50
Goiás	1	2,0	50	98,0	51
Maranhão	5	12,2	36	87,8	41
Minas Gerais	11	3,0	352	97,0	363
Mato Grosso do Sul	1	2,7	36	97,3	37
Mato Grosso	2	6,7	28	93,3	30
Pará	2	5,4	35	94,6	37
Paraíba	4	12,1	29	87,9	33
Pernambuco	4	6,2	61	93,8	65
Piauí	3	23,1	10	76,9	13
Paraná	4	3,1	125	96,9	129
Rio de Janeiro	12	11,8	90	88,2	102
Rio Grande do Norte	3	15,0	17	85,0	20
Rondônia	2	22,2	7	77,8	9
Roraima	1	33,3	2	66,7	3
Rio Grande do Sul	11	4,6	227	95,4	238
Santa Catarina	4	3,1	126	96,9	130
Sergipe	2	15,4	11	84,6	13
São Paulo	21	5,2	380	94,8	401
Tocantins	0	0,0	12	100,0	12
Brasil	103	5,2	1.866	94,8	1.969

Tabela 3

Distribuição do número de entrevistados, segundo a resposta ao quesito "você já tinha conhecimento do PROFAE?". Brasil, janeiro de 2000.

Unidade da Federação	conheciam		não conheciam		Responderam ao quesito
	n	%	n	%	
Acre	4	100,0	0	0,0	4
Alagoas	8	57,1	6	42,9	14
Amapá	1	50,0	1	50,0	2
Bahia	82	72,6	31	27,4	113
Ceará	40	78,4	11	21,6	51
Espírito Santo	44	91,7	4	8,3	48
Goiás	40	80,0	10	20,0	50
Maranhão	23	63,9	13	36,1	36
Minas Gerais	300	85,2	52	14,8	352
Mato Grosso do Sul	34	94,4	2	5,6	36
Mato Grosso	19	67,9	9	32,1	28
Pará	20	57,1	15	42,9	35
Paraíba	17	58,6	12	41,4	29
Pernambuco	39	63,9	22	36,1	61
Piauí	8	80,0	2	20,0	10
Paraná	92	73,6	33	26,4	125
Rio de Janeiro	58	64,4	32	35,6	90
Rio Grande do Norte	11	64,7	6	35,3	17
Rondônia	6	85,7	1	14,3	7
Roraima	0	0,0	2	100,0	2
Rio Grande do Sul	164	72,2	63	27,8	227
Santa Catarina	104	82,5	22	17,5	126
Sergipe	11	100,0	0	0,0	11
São Paulo	272	71,6	108	28,4	380
Tocantins	8	66,7	4	33,3	12
Brasil	1.405	75,3	461	24,7	1.866

Tabela 4

Número de agentes solidários cadastrados, por unidade da Federação. Brasil, janeiro de 2000.

Unidade da Federação	agentes cadastrados		total pesquisado
	n	%	
Acre	1	25,0	4
Alagoas	6	42,9	14
Amapá	2	100,0	2
Bahia	78	69,0	113
Ceará	41	80,4	51
Espírito Santo	36	75,0	48
Goiás	32	64,0	50
Maranhão	29	80,6	36
Minas Gerais	221	62,8	352
Mato Grosso do Sul	20	55,6	36
Mato Grosso	20	71,4	28
Pará	24	68,6	35
Paraíba	18	62,1	29
Pernambuco	48	78,7	61
Piauí	8	80,0	10
Paraná	82	65,6	125
Rio de Janeiro	58	64,4	90
Rio Grande do Norte	11	64,7	17
Rondônia	6	85,7	7
Roraima	2	100,0	2
Rio Grande do Sul	146	64,3	227
Santa Catarina	72	57,1	126
Sergipe	7	63,6	11
São Paulo	219	57,6	380
Tocantins	9	75,0	12
Brasil	1.196	64,1	1.866

Tabela 5

Distribuição do número de entrevistados, segundo a resposta ao quesito "por que meio você conheceu o PROFAE?". Brasil, janeiro de 2000.

UF	TV, rádio, jornal		Informação no trabalho		Agentes mobilizadores		1ª pesquisa PROFAE		Banco do Brasil		Outro meio		Responderam ao quesito
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
AC	1	25,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	4
AL	0	0,0	1	12,5	2	25,0	0	0,0	5	62,5	0	0,0	8
AP	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
BA	1	1,4	22	30,1	1	1,4	14	19,2	35	47,9	8	11,0	73
CE	1	3,0	5	15,2	1	3,0	11	33,3	15	45,5	6	18,2	33
ES	8	22,2	7	19,4	0	0,0	12	33,3	9	25,0	6	16,7	36
GO	0	0,0	12	33,3	2	5,6	8	22,2	14	38,9	3	8,3	36
MA	0	0,0	5	23,8	1	4,8	5	23,8	10	47,6	2	9,5	21
MG	18	7,0	65	25,3	16	6,2	64	24,9	94	36,6	42	16,3	257
MS	12	37,5	3	9,4	7	21,9	2	6,3	8	25,0	3	9,4	32
MT	0	0,0	3	17,6	0	0,0	3	17,6	11	64,7	1	5,9	17
PA	3	15,8	4	21,1	0	0,0	5	26,3	7	36,8	1	5,3	19
PB	0	0,0	5	35,7	1	7,1	2	14,3	6	42,9	3	21,4	14
PE	3	8,8	7	20,6	1	2,9	10	29,4	13	38,2	5	14,7	34
P I	2	25,0	1	12,5	1	12,5	2	25,0	2	25,0	0	0,0	8
PR	7	8,6	14	17,3	4	4,9	12	14,8	44	54,3	12	14,8	81
RJ	6	11,8	16	31,4	2	3,9	10	19,6	17	33,3	6	11,8	51
RN	0	0,0	2	22,2	0	0,0	5	55,6	2	22,2	2	22,2	9
RO	0	0,0	2	33,3	0	0,0	1	16,7	3	50,0	0	0,0	6
RR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
RS	7	4,9	33	23,2	4	2,8	40	28,2	58	40,8	19	13,4	142
SC	3	3,4	22	25,3	3	3,4	29	33,3	30	34,5	15	17,2	87
SE	1	11,1	3	33,3	0	0,0	2	22,2	3	33,3	2	22,2	9
SP	15	6,4	61	25,8	18	7,6	47	19,9	95	40,3	31	13,1	236
TO	0	0,0	3	37,5	1	12,5	3	37,5	1	12,5	0	0,0	8
Brasil	88	7,2	296	24,2	67	5,5	287	23,5	484	39,6	167	13,7	1.222

Tabela 6

Número de entrevistados, segundo a resposta ao quesito "você sabia que o cadastramento dos candidatos pode ser feito em qualquer agência do Banco do Brasil?". Brasil, janeiro de 2000.

Unidade da Federação	sabiam		não sabiam		Responderam ao quesito
	n	%	n	%	
Acre	4	100,0	0	0,0	4
Alagoas	8	57,1	6	42,9	14
Amapá	1	50,0	1	50,0	2
Bahia	77	68,1	36	31,9	113
Ceará	37	74,0	13	26,0	50
Espírito Santo	38	80,9	9	19,1	47
Goiás	37	77,1	11	22,9	48
Maranhão	20	57,1	15	42,9	35
Minas Gerais	279	82,3	60	17,7	339
Mato Grosso do Sul	34	94,4	2	5,6	36
Mato Grosso	17	60,7	11	39,3	28
Pará	19	54,3	16	45,7	35
Paraíba	17	58,6	12	41,4	29
Pernambuco	35	58,3	25	41,7	60
Piauí	6	60,0	4	40,0	10
Paraná	90	72,6	34	27,4	124
Rio de Janeiro	54	60,7	35	39,3	89
Rio Grande do Norte	10	66,7	5	33,3	15
Rondônia	6	85,7	1	14,3	7
Roraima	0	0,0	2	100,0	2
Rio Grande do Sul	148	65,8	77	34,2	225
Santa Catarina	101	80,8	24	19,2	125
Sergipe	10	90,9	1	9,1	11
São Paulo	256	67,5	123	32,5	379
Tocantins	7	58,3	5	41,7	12
Brasil	1.311	71,3	528	28,7	1.839

Tabela 7

Número de entrevistados, segundo a resposta ao quesito "você sabe qual a data limite do cadastramento?". Brasil, janeiro de 2000.

Unidade da Federação	sabiam		não sabiam		Responderam ao quesito
	n	%	n	%	
Acre	4	100,0	0	0,0	4
Alagoas	6	42,9	8	57,1	14
Amapá	1	50,0	1	50,0	2
Bahia	48	42,9	64	57,1	112
Ceará	22	44,0	28	56,0	50
Espírito Santo	22	46,8	25	53,2	47
Goiás	17	35,4	31	64,6	48
Maranhão	9	27,3	24	72,7	33
Minas Gerais	186	54,5	155	45,5	341
Mato Grosso do Sul	29	80,6	7	19,4	36
Mato Grosso	11	39,3	17	60,7	28
Pará	7	20,0	28	80,0	35
Paraíba	11	37,9	18	62,1	29
Pernambuco	23	37,7	38	62,3	61
Piauí	3	30,0	7	70,0	10
Paraná	58	46,8	66	53,2	124
Rio de Janeiro	31	34,8	58	65,2	89
Rio Grande do Norte	5	33,3	10	66,7	15
Rondônia	5	71,4	2	28,6	7
Roraima	0	0,0	2	100,0	2
Rio Grande do Sul	97	43,1	128	56,9	225
Santa Catarina	79	62,7	47	37,3	126
Sergipe	8	72,7	3	27,3	11
São Paulo	180	47,5	199	52,5	379
Tocantins	5	41,7	7	58,3	12
Brasil	867	47,1	973	52,9	1.840

Tabela 8

Número de entrevistados, segundo a resposta ao quesito "alguém no seu estabelecimento tem necessidade de fazer o curso do PROFAE?". Brasil, janeiro de 2000.

Unidade da Federação	Tem		Não tem		Responderam ao quesito
	n	%	n	%	
Acre	4	100,0	0	0,0	4
Alagoas	10	71,4	4	28,6	14
Amapá	1	50,0	1	50,0	2
Bahia	75	68,8	34	31,2	109
Ceará	36	73,5	13	26,5	49
Espírito Santo	37	80,4	9	19,6	46
Goiás	35	70,0	15	30,0	50
Maranhão	27	77,1	8	22,9	35
Minas Gerais	243	69,4	107	30,6	350
Mato Grosso do Sul	30	83,3	6	16,7	36
Mato Grosso	23	82,1	5	17,9	28
Pará	17	50,0	17	50,0	34
Paraíba	15	51,7	14	48,3	29
Pernambuco	43	70,5	18	29,5	61
Piauí	7	70,0	3	30,0	10
Paraná	96	76,8	29	23,2	125
Rio de Janeiro	53	58,9	37	41,1	90
Rio Grande do Norte	11	64,7	6	35,3	17
Rondônia	5	71,4	2	28,6	7
Roraima	2	100,0	0	0,0	2
Rio Grande do Sul	135	59,7	91	40,3	226
Santa Catarina	80	63,5	46	36,5	126
Sergipe	11	100,0	0	0,0	11
São Paulo	243	63,9	137	36,1	380
Tocantins	6	50,0	6	50,0	12
Brasil	1.245	67,2	608	32,8	1.853

Tabela 9**Número de entrevistados, segundo a resposta ao quesito "todos se cadastraram?". Brasil, janeiro de 2000.**

Unidade da Federação	Sim		Não		Não sei		Responderam ao quesito
	n	%	n	%	n	%	
Acre	4	100,0	0	0,0	0	0,0	4
Alagoas	10	71,4	4	28,6	4	28,6	14
Amapá	1	50,0	1	50,0	1	50,0	2
Bahia	75	68,8	34	31,2	34	31,2	109
Ceará	36	73,5	13	26,5	13	26,5	49
Espírito Santo	37	80,4	9	19,6	9	19,6	46
Goiás	35	70,0	15	30,0	15	30,0	50
Maranhão	27	77,1	8	22,9	8	22,9	35
Minas Gerais	243	69,4	107	30,6	107	30,6	350
Mato Grosso do Sul	30	83,3	6	16,7	6	16,7	36
Mato Grosso	23	82,1	5	17,9	5	17,9	28
Pará	17	50,0	17	50,0	17	50,0	34
Paraíba	15	51,7	14	48,3	14	48,3	29
Pernambuco	43	70,5	18	29,5	18	29,5	61
Piauí	7	70,0	3	30,0	3	30,0	10
Paraná	96	76,8	29	23,2	29	23,2	125
Rio de Janeiro	53	58,9	37	41,1	37	41,1	90
Rio Grande do Norte	11	64,7	6	35,3	6	35,3	17
Rondônia	5	71,4	2	28,6	2	28,6	7
Roraima	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2
Rio Grande do Sul	135	59,7	91	40,3	91	40,3	226
Santa Catarina	80	63,5	46	36,5	46	36,5	126
Sergipe	11	100,0	0	0,0	0	0,0	11
São Paulo	243	63,9	137	36,1	137	36,1	380
Tocantins	6	50,0	6	50,0	6	50,0	12
Brasil	1.245	67,2	608	32,8	608	32,8	1.853

Tabela 10**Número de entrevistados, segundo a resposta ao quesito "você sabe quantos se cadastraram?". Brasil, janeiro de 2000.**

Unidade da Federação	Sabiam		Não sabiam		Responderam ao quesito
	n	%	n	%	
Acre	3	100,0	0	0,0	3
Alagoas	4	50,0	4	50,0	8
Amapá	0	0,0	1	100,0	1
Bahia	39	60,9	25	39,1	64
Ceará	15	57,7	11	42,3	26
Espírito Santo	24	75,0	8	25,0	32
Goiás	18	60,0	12	40,0	30
Maranhão	13	52,0	12	48,0	25
Minas Gerais	136	70,8	56	29,2	192
Mato Grosso do Sul	21	80,8	5	19,2	26
Mato Grosso	9	47,4	10	52,6	19
Pará	5	45,5	6	54,5	11
Paraíba	5	31,3	11	68,8	16
Pernambuco	16	50,0	16	50,0	32
Piauí	2	66,7	1	33,3	3
Paraná	53	63,1	31	36,9	84
Rio de Janeiro	13	33,3	26	66,7	39
Rio Grande do Norte	4	36,4	7	63,6	11
Rondônia	3	75,0	1	25,0	4
Roraima	0	0,0	1	100,0	1
Rio Grande do Sul	54	48,2	58	51,8	112
Santa Catarina	44	64,7	24	35,3	68
Sergipe	7	87,5	1	12,5	8
São Paulo	104	48,4	111	51,6	215
Tocantins	1	10,0	9	90,0	10
Brasil	593	57,0	447	43,0	1.040

Tabela 11

Número de entrevistados, segundo a resposta ao quesito "você tem necessidade de receber material de divulgação do PROFAE?". Brasil, janeiro de 2000.

Unidade da Federação	Sim		Não		Responderam ao quesito
	n	%	n	%	
Acre	1	25,0	3	75,0	4
Alagoas	7	50,0	7	50,0	14
Amapá	2	100,0	0	0,0	2
Bahia	79	73,8	28	26,2	107
Ceará	40	81,6	9	18,4	49
Espírito Santo	35	74,5	12	25,5	47
Goiás	32	68,1	15	31,9	47
Maranhão	30	83,3	6	16,7	36
Minas Gerais	220	64,9	119	35,1	339
Mato Grosso do Sul	19	54,3	16	45,7	35
Mato Grosso	19	73,1	7	26,9	26
Pará	25	75,8	8	24,2	33
Paraíba	19	73,1	7	26,9	26
Pernambuco	49	80,3	12	19,7	61
Piauí	9	90,0	1	10,0	10
Paraná	82	66,1	42	33,9	124
Rio de Janeiro	57	64,8	31	35,2	88
Rio Grande do Norte	11	64,7	6	35,3	17
Rondônia	6	85,7	1	14,3	7
Roraima	2	100,0	0	0,0	2
Rio Grande do Sul	145	64,7	79	35,3	224
Santa Catarina	73	57,9	53	42,1	126
Sergipe	7	63,6	4	36,4	11
São Paulo	225	59,4	154	40,6	379
Tocantins	9	75,0	3	25,0	12
Brasil	1.203	65,9	623	34,1	1.826

Tabela 12

Distribuição do número de entrevistados, segundo a resposta ao quesito "o que você acha do PROFAE?". Brasil, janeiro de 2000.

UF	Muito necessário		Razoavelmente necessário		Pouco necessário		Não é necessário		Não tem opinião		Responderam ao quesito
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
AC	4	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4
AL	11	84,6	2	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13
AP	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
BA	106	96,4	3	2,7	0	0,0	1	0,9	0	0,0	110
CE	47	95,9	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	49
ES	44	93,6	1	2,1	1	2,1	1	2,1	0	0,0	47
GO	49	98,0	0	0,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	50
MA	35	97,2	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
MG	325	94,8	7	2,0	4	1,2	5	1,5	2	0,6	343
MS	34	94,4	2	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36
MT	28	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28
PA	26	76,5	4	11,8	3	8,8	1	2,9	0	0,0	34
PB	24	82,8	0	0,0	1	3,4	0	0,0	4	13,8	29
PE	53	86,9	5	8,2	1	1,6	1	1,6	1	1,6	61
P I	9	90,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	10,0	10
PR	113	90,4	4	3,2	3	2,4	2	1,6	3	2,4	125
RJ	81	92,0	4	4,5	2	2,3	0	0,0	1	1,1	88
RN	16	94,1	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17
RO	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7
RR	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
RS	187	83,1	13	5,8	14	6,2	11	4,9	0	0,0	225
SC	99	79,2	11	8,8	7	5,6	6	4,8	2	1,6	125
SE	11	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11
SP	346	92,0	16	4,3	3	0,8	5	1,3	6	1,6	376
TO	10	83,3	0	0,0	2	16,7	0	0,0	0	0,0	12
Brasil	1.669	90,7	75	4,1	42	2,3	34	1,8	20	1,1	1.840

Tabela 13

Percentual de respostas ao quesito "cite um fator que na sua opinião motiva a clientela potencial a fazer os cursos do PROFAE"(*). Brasil, 2000.

Fatores de motivação	%
Regularização da situação / manutenção do emprego	27,7
Pressão dos Corens	14,3
Melhorar a qualidade dos serviços	9,7
Gosto pela profissão	7,9
Possibilidade de novos empregos	7,7
Gratuidade do curso	6,6
Melhoria dos salários	6,2
Qualificação	5,6
Valorização profissional	5,2
Estímulo à continuidade dos estudos	3,7
Promoção pessoal	1,2
Outros	4,3
Total	100,0

* Respostas em aberto, posteriormente classificadas

Tabela 14

Percentual de respostas ao quesito "cite um fator que na sua opinião desmotiva a clientela potencial a fazer os cursos do PROFAE"(*). Brasil, 2000.

Fatores de desmotivação	%
Não existe nenhum fator de desmotivação	31,5
Idade avançada	12,0
Os salários são baixos	11,8
Distância dos locais de realização do curso	7,4
Desmotivação pessoal	6,4
Dificuldade com horários dos cursos	4,3
Despesas com os cursos	4,1
Carga horária grande	3,1
Falta de cursos	2,7
Dificuldade de locomoção	1,9
Falta de vocação	1,7
Acha desnecessário	1,5
Descrença no governo	1,5
Pouca diferença entre salários	0,8
Campo de trabalho pequeno	0,6
Família	0,6
Hospital não libera	0,2
Outros	7,7
Total	100,0

* Respostas em aberto, posteriormente classificadas

Pesquisa PROFAE

Grupo focal ampliado com gestores hospitalares e coordenadores de enfermagem

Durante a fase de elaboração do PROFAE, representantes de três regiões do país discutiram temas relativos ao mercado de trabalho, perfil profissional e processos de qualificação dos auxiliares de enfermagem.

1. Apresentação

As Oficinas de Trabalho de Gerentes de Serviços de Saúde (ou Grupo Focal Ampliado) constituíram o componente qualitativo da "Pesquisa sobre Demanda de Trabalho e Necessidades de Formação e Profissionalização de Trabalhadores na Área de Enfermagem", realizada pelo Ministério da Saúde (MS) com vistas à elaboração do PROFAE.

O componente quantitativo da investigação se constituiu da pesquisa telefônica realizada através do Disque-Saúde/MS, entre setembro de 1998 e fevereiro de 1999, cobrindo cerca de 3,5 mil estabelecimentos hospitalares em todo o país, com taxa de resposta completa de 52% (cerca de 1,8 mil estabelecimentos com pesquisa completa).

2. Participantes

Os participantes da 1ª Oficina de Trabalho de Gerentes de Serviços de Saúde das Regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste foram selecionados de forma aleatória entre os estabelecimentos com mais de 300 funcionários que responderam à pesquisa telefônica.

A idéia que presidiu a realização dos grupos focais foi o teste e sondagem de hipóteses sobre as tendências do emprego na área de enfermagem e correlatas, os perfis profissionais dos trabalhadores

auxiliares, as modalidades de recrutamento e contratação, e os esquemas de formação e educação permanente praticados nos estabelecimentos de saúde.

O primeiro grupo focal ampliado realizado reuniu 30 participantes das Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, selecionados dentre os hospitais de maior porte (acima de 300 empregados) pesquisados na primeira rodada da enquete telefônica (que cobriu 830 estabelecimentos em todo o país).

3. Temas Investigados

- a) Demanda *vs.* oferta de pessoal auxiliar e divisão de trabalho na área de enfermagem;
- b) Perfil funcional e profissional do auxiliar de enfermagem e formas regulação e controle do trabalho;
- c) Recrutamento, formas de contratação, inserção do auxiliar de enfermagem no processo de trabalho e estratégias de qualificação no local de trabalho.

4. Metodologia de Trabalho

- a) Exposição Preliminar sobre o tema "Situação e Tendências do Mercado de Trabalho em Enfermagem" e leitura de documentos;
- b) Discussão em pequenos grupos;
- c) Sessões plenárias para consolidação das informações dos trabalhos dos grupos;

5. Detalhamento dos informes por sessão

Foram organizados três grupos focais, montados aleatoriamente, cada um com dez participantes. As discussões dos grupos foram organizadas em três sessões de quatro horas de duração cada, explorando temas específicos relacionados à percepção geral dos gerentes de hospitais e coordenadores das áreas de enfermagem sobre a situação atual e tendências da demanda de trabalho na área de enfermagem.

Sessão 1

A primeira sessão teve por tema os aspectos da evolução recente e tendências com relação à demanda de pessoal de enfermagem, *vis-à-vis* a demanda por qualificações administrativas e de serviços gerais nos estabelecimentos de saúde.

Buscou-se averiguar a veracidade, explorar as causas e especular as conexões entre as evidências de forte queda na demanda efetiva de qualificações de auxiliares de enfermagem, similar aumento das contratações de pessoal administrativo e de serviços, e crescimento das contratações de pessoal com maiores níveis de escolaridade nos estabelecimentos de saúde, apontadas pelos estudos de mercado de trabalho no setor.

Com relação à dinâmica das contratações de pessoal administrativo e de serviços gerais nos hospitais, os três grupos constataram um acentuado aumento da demanda, corroborando as tendências apontadas pelos dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged), e pela pesquisa telefônica.

Verificou-se a convergência entre os grupos quanto às razões básicas atribuíveis a este fenômeno. Segundo a opinião dos participantes, tal processo esteve vinculado, pelo lado da oferta dos serviços, a fatores tecnológico-organizativos e finan-

ceiros, e, pelo lado da demanda de serviços, a mudanças na estrutura de preferências e hábitos de consumo dos usuários e clientes de serviços de saúde.

Entre as explicações aventadas para o aumento do pessoal administrativo, um dos grupos aponta para o fato de que:

"existe hoje uma mudança na visão dos administradores hospitalares sobre a necessidade de profissionalizar o trabalho no hospital, especialmente quando se trata de obter informações mais precisas sobre os custos e gastos do hospital..."

Um dos participantes deste grupo expressa que:

"... o hospital é hoje visto como uma empresa, e um dos sinais que atestam essa tendência é o aumento da oferta de cursos de administração hospitalar. Há uma necessidade de racionalização da organização da empresa hospital".

Nas palavras de um membro de outro grupo:

"ocorreu uma maior profissionalização do trabalho no setor, com estruturação da administração e diversificação das gerências, determinadas pela abertura aos mercados de financiamento: os convênios".

No relatório de um dos grupos foram apontados dentre os determinantes do aumento da demanda de pessoal administrativo:

- a necessidade de efetivação do sistema de controle contábil para faturamento e controle de custos, que acarretou maiores necessidades de contratação de pessoal administrativo;
- a racionalização nas áreas de compra de materiais e equipamentos;
- a necessidade de profissionalizar o pessoal de recepção, particularmente em questões de aparência e tratamento pessoal, para atrair clientela;

- a necessidade de efetivação do sistema de controle contábil para faturamento e controle de custos;

- concomitantemente a esta volta dos hospitais aos mercados de convênios, ocorre, segundo relatos dos grupos, uma mudança na clientela, que se torna mais exigente e mais informada, o que coincide com a mudança nas crenças gerenciais que em geral possuem clientes mais exigentes e mais informados.

Em relação à tendência à diminuição relativa da contratação de pessoal que exerce cuidados de saúde, especialmente do pessoal de enfermagem, exceto o enfermeiro:

1. Um dos grupos realça a diminuição na contratação do atendente de enfermagem. Com relação ao auxiliar de enfermagem, houve um aumento relativo compensado pelo uso mais "racional" ou "econômico" deste profissional. A referência ao aumento da demanda de auxiliares de enfermagem não é tão categórica quanto a referência à queda na demanda de atendentes. Na verdade, quando se tratou de explicar esse fato, muitas questões foram levantadas, mas uma se destacou entre os presentes: a de que hoje, com as necessidades de redução de pessoal (a tendência generalizada de *down-sizing*), os hospitais trabalham com um quadro mínimo de pessoal de enfermagem, muito aquém do necessário, sendo que esse quadro de enfermagem, diferentemente do que ocorria no passado recente, dedica-se quase que integralmente às atividades assistenciais. A exceção fica para o turno da noite e os fins de semana, quando o auxiliar de enfermagem acumula as funções administrativas que foram repassadas para o pessoal administrativo durante o dia. Outra explicação apontada foi que a Lei de Enfermagem forçou o deslocamento do pessoal de enfermagem para a assistência direta. No entanto, em lugares menores, especialmente no interior, onde os Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens) não atuam tão efetivamente,

pode estar havendo um mascaramento, ou seja um uso de atendentes disfarçados por outras denominações ocupacionais.

2. Houve uma forte polêmica em torno da questão de que se houve, de fato, um aumento do quadro de enfermagem (em termos positivos) ou se o que existe é uma necessidade de aumento desse quadro (em termos desejáveis). As opiniões variaram em relação a esse ponto. Alguns argumentaram (na sua maioria gestores de grandes hospitais das capitais) que existe uma mão-de-obra mais qualificada no mercado, fato que permite, inclusive, trabalhar com maior número de leitos sem aumentar os efetivos de pessoal de enfermagem. Para estes gestores, constitui-se ponto pacífico que a maior qualificação do pessoal de enfermagem funciona como fator de aumento da produtividade. Para outros gestores, especialmente de estabelecimentos de localidades do interior, essa mão-de-obra qualificada não está disponível no mercado, havendo necessidade, inclusive, de contratações do atendente de enfermagem sobre outras denominações, a exemplo da contratação de "braçais", uma vez que sua contratação não é permitida por lei, como sugere o discurso abaixo:

" para cada enfermagem contratada se um atendente (ou outra pessoa que conhece sobre enfermagem) como escriturário, para fazer o papel administrativo da equipe de enfermagem. Mas quando alguém da equipe necessita se ausentar (e isso acontece com muita frequência) por motivos variados – atestado, férias, licença, licença maternidade, etc. – esse escriturário cobre o trabalho do funcionário ausente".

3. Uma afirmação que foi consenso em todo o grupo foi a de que, mesmo tendo aumentado o número de leitos, o quadro de enfermagem continuou o mesmo, ou até mesmo reduziu-se, havendo um aumento de trabalho, mas, especialmente, havendo uma divisão maior e especialização

das funções, isto é, o quadro de enfermagem se especializou nas atividades assistenciais, delegando funções administrativas e de serviços gerais para pessoal específico dessas áreas. Além disso, outras funções assistenciais foram também divididas entre outros profissionais, tais como fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, etc.

Em relação ao aumento da preferência dos empregadores pela contratação de pessoal com maiores níveis de escolaridade e diminuição da contratação de pessoal de menor escolaridade:

1. Os grupos confirmam esse fato para pessoal administrativo, existindo uma tendência a contratar pessoal mais qualificado, uma vez que o mercado (em função do desemprego) permite encontrar um pessoal mais qualificado que trabalha em qualquer serviço por salários baixos. Esse fato resolve um problema no hospital que é o de comunicação com o cliente, que quer ser bem tratado. Por essa razão busca-se uma melhor qualificação do pessoal administrativo.

2. Em relação aos atendentes, eles não consideram que estejam aumentando o nível de escolaridade. O fato é que nas capitais pode-se encontrar no mercado, com facilidade, auxiliar de enfermagem com 2º grau, embora sejam muito desqualificados – os cursos lançam no mercado um pessoal muito despreparado, que não consegue passar nos exames de seleção dos hospitais. Quando contratados, esses não permanecem no serviço, os contratantes têm que ir tentando até encontrar um "melhorzinho" para ser treinado no serviço. Conclui-se que é possível encontrar, pelo menos nas capitais, o auxiliar de enfermagem devidamente habilitado – com 2º grau completo e com habilitação de auxiliar de enfermagem – mas sem qualificação para o trabalho.

3. No interior, a realidade é diferente, pois não existe esse pessoal devidamente habilitado no mercado

e, muitas vezes, o pessoal contratado não tem nem 1º grau, mesmo que tenha certificado de auxiliar de enfermagem, como é o caso relatado por um dos participantes do grupo:

"Uma turma formada recentemente em Montes Claros (MG), transformou 80 atendentes em auxiliares de enfermagem, mas a escolaridade da maioria desse pessoal é de 4ª e 5ª séries, nenhum possuindo o 1º grau completo".

4. Esse caso é confirmado por outros participantes do interior que têm que contratar atendentes sobre outra denominação, que não possuem nem a escolaridade necessária, nem o certificado de formação profissional. Estes são contratados sob a "promessa" de que irão posteriormente fazer o curso de auxiliar de enfermagem, bem como adquirir escolaridade no ensino fundamental. Além disso, os atendentes e auxiliares que já estavam no serviço, muitas vezes, mesmo nas capitais, não atendem a esse requisito de escolaridade e habilitação profissional, fato que não tem justificado sua demissão.

"... são pessoas experientes, sérias, e que não 'dão conta' de entrar num curso e se escolarizar, ou pela idade, ou por que já estão próximos de se aposentar, ou porque possuem outros empregos e família, etc."

5. Fora da área de enfermagem, mas ainda no campo do cuidado, os participantes apontam para um processo de crescente inclusão de novas especialidades. Os participantes citam a fonoterapia, a fisioterapia, a farmácia, a psicologia e a terapia ocupacional, entre outras especialidades.

Sobre a necessidade de contratação de pessoal segundo categorias de enfermagem e administrativas

1. A necessidade de enfermeiros (manifestada especialmente entre os presentes) é tida como grande, principalmente para o trabalho de supervisão, administração e gerência

sobre o pessoal de enfermagem. Segundo o grupo, o administrador não quer que a enfermeira "ponha a mão" no trabalho assistencial.

2. Todos concordam que, em situação ideal, o técnico de enfermagem é necessário, principalmente para ocupar a função de líder da equipe e de substituto do enfermeiro quando esse não está presente, como forma de aumentar a qualidade do serviço. Mas é fato, também, que esse profissional praticamente inexistente no mercado e no serviço, e que o substituto do enfermeiro, na prática, é o auxiliar de enfermagem. Muitos informantes do grupo dizem até mesmo não saber como seria o serviço com o técnico de enfermagem, pois não o conhecem na prática. Nesse sentido, ele não é necessário, e, para eles, o investimento deve ser feito no auxiliar de enfermagem (na melhoria da sua qualificação).

3. A necessidade do auxiliar de enfermagem é média, já que todos eles têm que trabalhar com um quadro mínimo de profissionais (idealmente, seria diferente). Esses desempenham hoje, na maioria das vezes, apenas os serviços assistenciais ou aqueles relacionados com a esterilização. Não há diferenciação entre o atendente e o auxiliar de enfermagem na divisão de tarefas dentro da equipe de enfermagem. Ambos trabalham com as mesmas funções, não havendo diferença quanto à habilitação, mas sim quanto ao saber prático e experiência. Por fim, concordam que mais do que aumentar a contratação de auxiliares de enfermagem, é necessário melhorar a qualidade do seu trabalho.

4. Não há necessidade nenhuma do atendente de enfermagem, já que esse é um profissional que não se contrata mais, a menos que seja por força da necessidade (quando não existe oferta do auxiliar de enfermagem no mercado e, assim mesmo, isto se parece que se processa sob outra denominação). Uma vez que as funções são as mesmas, indiferente da denominação e da formação. A necessidade real do serviço é de um

profissional que cumpra as funções do Auxiliar de Enfermagem. A necessidade de contratação fica por conta da demanda por substituição de auxiliares de enfermagem dentro de um quadro mínimo de trabalho.

5. Em relação às seguintes categorias apresentadas para o grupo na tentativa de analisar necessidade e função, temos que o instrumentador de cirurgia é, em geral, um auxiliar/atendente de enfermagem treinado para essa função; a parteira não é contratada, e quem cumpre a função de auxiliar no parto é o auxiliar/atendente de enfermagem, além do médico; na verdade, quem estiver presente na hora do parto. É possível que em alguns lugares do interior ainda haja necessidade de parteira. O auxiliar de banco de sangue e o auxiliar e técnico de laboratório de análises clínicas foram definidos como terceirizados; a função relacionada a esses profissionais, como por exemplo a coleta de sangue no hospital, é geralmente executada por auxiliares/ atendentes de enfermagem. É possível que atendentes sejam contratados sob essa denominação, conclui o grupo. Os operadores de equipamento médico e de raios X são de grande necessidade nos estabelecimentos, mas não são encontradas pessoas especificamente qualificadas e devidamente habilitadas no mercado. O grupo constitui-se, na maioria das vezes, de pessoas treinadas no serviço para esse fim ou, dependendo do equipamento, treinadas pelo próprio médico. Em alguns lugares estas são também funções acumuladas pelo auxiliar/atendente de enfermagem (fazer tomografia e operar alguns equipamentos).

6. Quanto à questão da gerência e das categorias utilizadas para o trabalho administrativo, o que se manifesta no grupo são vários modelos de gerência e administração hospitalares, que vão variar segundo tamanho do estabelecimento, sua natureza institucional, etc. De qualquer forma, a necessidade é, em geral, grande, porque existe hoje uma necessidade de especializar esses

serviços e "não vale a pena" terceirizá-los. Todas as tentativas de terceirização – os grupos são unânimes quanto ao ponto – foram mal sucedidas do ponto de vista econômico.

7. Da mesma forma, e pelos mesmos motivos, não estão sendo terceirizados os serviços gerais e de hotelaria. Hoje, os hospitais tendem a contratar diretamente, inclusive pedreiros, carpinteiros, marceneiros, bombeiros, vigias, pintores, etc.

Sessão 2

A segunda sessão teve por tema a percepção dos grupos de gerentes e coordenadores de enfermagem acerca da complexidade das tarefas e do potencial de risco de danos aos pacientes derivados do exercício dos diversos tipos de atividades de enfermagem relacionados com o cuidado, bem como avaliar sua opinião com relação ao tipo de supervisão e regulação necessárias para o desempenho adequado dessas atividades.

Para isso, foi desenhada uma matriz partindo-se do tipo de procedimento existente, divididos entre cuidado do paciente, administração, serviços gerais (hotelaria, limpeza, etc.) e outras.

1. Para os procedimentos invasivos, de alta complexidade, como as sondagens e cateterismos - que envolvem riscos de danos físicos, como perfurações - foi pontuado que acontecem poucos acidentes (!!!). Os grupos opinam que estas são atividades realizadas quase sempre pela enfermeira quando esta está presente. Mas esta também é uma função designada ao auxiliar de enfermagem, sem supervisão direta.

2. Para os procedimentos de nutrição parenteral, que envolvem grande risco de contaminação, o auxiliar de enfermagem é designado em todos os casos, normalmente sem supervisão. Entretanto, se a enfermeira tiver que optar pela supervisão entre esse procedimento e o de sondagem, ela escolheria esse, pelas

conseqüências de contaminação que podem dele advir.

3. A administração de medicamentos envolve um risco menor do que as atividades acima. O risco dessa atividade está relacionado à dificuldade do profissional interpretar a receita, implicando na administração inadequada de medicamentos. Em geral, essas são atividades executadas pelo auxiliar e pelo atendente de enfermagem, sem nenhuma supervisão.

4. Os procedimentos relacionados ao banho, especialmente pós-operatório, foram considerados por alguns participantes como de baixíssimo risco, com exceção do banho nas unidades de terapia intensiva, onde o procedimento pode ser um pouco mais complicado. Em geral, os banhos são realizados pelos atendentes de enfermagem, e no caso de grandes hospitais foi apontado que os banhos de CTI são feitos pelos auxiliares de enfermagem. O pessoal de hospitais do interior confirmou que, mesmo no CTI, os banhos são realizados pelos atendentes de enfermagem. Em todos os casos, estas são atividades realizadas sem supervisão. Nesse caso, a necessidade é de conhecimento prático, mais do que teórico, conforme opinam os participantes.

5. O transporte de macas tem risco considerado baixo e é executado por pessoal específico (o maqueiro) ou pelo atendente. Dentro de centro cirúrgico o transporte é executado pelo auxiliar de enfermagem.

6. Em relação às atividades administrativas, em geral de baixo ou nenhum risco, apontam a escrituração dos prontuários que é executada pelo auxiliar de enfermagem. O grupo faz ressalva para o interior, onde todos os representantes afirmaram ser o prontuário preenchido também pelo atendente de enfermagem. Todos confirmam que essas atividades são feitas sem supervisão. Quando há a presença de enfermeiro na ala, este

faz o prontuário ou faz a checagem dos prontuários por amostragem.

7. As atividades de requisições, comunicações em geral sobre alta, defeito no material e outros problemas do dia-a-dia são feitas de forma variada. Onde existe informatização, o auxiliar de enfermagem realiza diretamente no terminal. Do contrário, são realizadas pelos "escriturários", profissionais com funções específicas de proceder ao registro dos prontuários dos pacientes, para permitir ao auxiliar de enfermagem dedicar-se ao cuidado do paciente. A exceção, conforme já comentado, consiste na execução do trabalho nas noites e fins de semana, onde não existe a presença do "escriturário". Nestes casos, o auxiliar de enfermagem assume também essas funções. Tudo isso sem supervisão. Conforme um participante afirmou, esta é uma atividade que:

"Não envolve risco nenhum para o paciente."

8. O auxiliar de enfermagem é também "uma espécie de relações públicas da hotelaria". É ele que verifica o leito do paciente, relaciona os problemas decorrentes da hotelaria e informa ao pessoal de hotelaria sobre as necessidades de manutenção e fornecimento dos artigos que faltam nos quartos, etc.

9. É importante ressaltar que todas essas atividades executadas pelo auxiliar de enfermagem (a maior parte delas sem supervisão do enfermeiro) são também executadas pelos atendentes de enfermagem, quando esse existe no estabelecimento. Não há como diferenciar entre um e outro e eles são encarregados dos trabalhos e procedimentos da mesma forma.

Sessão 3

A terceira sessão visou a esclarecer aspectos relacionados com a oferta regular de pessoal e modos de recrutamento de pessoal auxiliar de enfermagem praticados pelos estabelecimentos de saúde, levantando a opinião dos gerentes acerca

dos problemas e soluções que estão sendo ensaiadas de forma mais ou menos espontânea.

1. Sobre a oferta de auxiliares e atendentes no mercado ficou bastante explícito que no interior e nas cidades de menor porte esta é escassa, quando não inexistente. Nas capitais e municípios de maior porte a oferta é suficiente, mas como todos ressaltam:

" em geral é de baixa qualidade. Isto porque na capital tem uma escola em cada esquina".

2. Em geral, não é preciso anunciar publicamente para se proceder ao recrutamento do auxiliar de enfermagem, já que esses deixam fichas preenchidas nos hospitais. O processo de seleção é variado. Os participantes referem a realização de provas, entrevistas e provas práticas, e mesmo uma combinação dos três procedimentos. De uma maneira geral, os atendentes (que não são mais contratados, principalmente pelos grandes hospitais) passaram a procurar trabalho nas casas de família, em empregos que vão desde o cuidado de pessoas enfermas e incapacitadas até o trabalho rotineiro de faxina. Os atendentes e auxiliares de enfermagem mal capacitados também se empregam em hospitais e clínicas de menor porte. Conforme sugerem os relatos dos participantes, os domicílios e hospitais e clínicas periféricas têm se constituído numa espécie de segmento primário do mercado de trabalho de pessoal de enfermagem (absorvendo mão de obra com baixa qualificação e escolaridade, baixos salários, inespecificidade de competência laboral e alta rotatividade). Opinam que deve ter havido desemprego de atendentes. Mas realçam que existem ainda os hospitais que permanecem contratando o atendente com outros nomes. Alguns participantes citaram o mecanismo do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) como estímulo à alta rotatividade e à segmentação dos mercados de pessoal de enfermagem.

3. Em relação aos resultados decorrentes da aplicação da Lei de exercício da enfermagem, os participantes consideram que houve um aumento do custo de contratação do auxiliar de enfermagem e um aumento grande do custo da folha de pagamento (alguns citaram cifras da ordem de 30 e 40%). Por outro lado, a qualidade do atendimento prestado também melhorou, porque a lei deu um amparo legal para não contratar o atendente. Além disso, como resultado agregado, houve uma racionalização do trabalho com maior divisão e especialização do trabalho de pessoal auxiliar qualificado. Do ponto de vista do profissional, o nível de emprego melhorou para o auxiliar em todos os sentidos, mas não melhorou em nada para o enfermeiro, relatam os enfermeiros do grupo.

4. Sobre a formação e a oferta de cursos, esses são, em geral, de baixa qualidade. A ausência de campos de estágio adequados – hospitais com poucos funcionários abrem suas portas para o estágio, sem condições de trabalho adequado e sem supervisão – é apontada como fator que favorece a baixa qualidade. Muitos não têm enfermeiros para dar aula e os residentes é que ensinam. Um outro aspecto é a falsificação de histórico escolar, que não é pouca.

5. Em relação à competência/necessidade de treinamento dos auxiliares, todos foram categóricos em dizer que sua qualificação é péssima ou nenhuma.

6. Sobre os salários praticados, foi relatado no grupo a presença de sindicatos "fortes", exigindo-se negociação entre as partes.

7. A rotatividade desses profissionais é outro aspecto importante, pois é considerada muito grande, permanecendo o profissional no serviço numa média de dois a dois anos e meio (segundo os dados da Rais, a rotatividade do pessoal auxiliar de enfermagem atinge cifras superiores a 30% ao ano). Nas grandes cidades acontecem coisas

como o profissional forçar sua saída ao final de dois anos para retirada do FGTS (conforme citado) ou para beneficiar-se do seguro-desemprego. Tanto o enfermeiro quanto o auxiliar parecem usar esse tipo de artifício.

8. Uma das soluções encontradas pelos hospitais foi a criação de cursos para formação desses profissionais e a aplicação de incentivos para a permanência dos mesmos no serviço. Alguns participantes referem-se ao fenômeno como binômio hospital-escola¹.

9. As soluções propostas estão relacionadas basicamente com a melhoria da formação:

- Fiscalização dos cursos, que são hoje de péssima qualidade; os hospitais têm que ser supervisionados para saber se podem ou têm condições de servirem como campo de estágio;

- Privilegiar escolas que oferecem o supletivo;

- Qualificar o estoque, mas não ficar só por aí, pois:

"quando se atende só ao atendente não se resolve o problema da qualidade, porque isso já aconteceu (o atendente virou auxiliar de enfermagem) e não resolveu".

- Qualificar o bom funcionário de serviços gerais (faxineiro, etc.) para se tornarem auxiliares;

- Capacitação/educação continuada do auxiliar de enfermagem que só conseguir o diploma, mas não teve uma boa formação (especialmente aquele que se formou via suplência);

- Ter critérios para selecionar os que vão se formar (excluir os que estão próximos de se aposentar, os que têm muitos anos de casa que não conseguem/podem/sabem estudar, etc.)

- Distribuir bolsas de incentivo

1. A pesquisa em estabelecimentos revelou cerca de 50 hospitais (em 1.755 que informaram o quesito) que oferecem cursos de auxiliares de enfermagem pela própria instituição.

para aqueles que querem se formar, mas que necessitam de trabalhar ao mesmo tempo.

Em síntese, todos os participantes referem a baixa qualidade, em geral, dos cursos espalhados pelo país e, conseqüentemente, a baixa qualidade do processo de conversão dos estoques. A forma de regulação e controle exercida pelos Corens, que prioriza os aspectos formais da verificação da posse de certificados e normalização dos registros profissionais na entidade, em detrimento de um controle de qualidade do exercício profissional baseado em indicadores de desempenho ou impacto, é apontado como raiz do problema. Esse tipo de ação possibilita a proliferação de processos de formação de má qualidade. Basta o registro no Coren e a comprovação do curso. Com isto acumula-se uma "geração" de pessoas formalmente "habilitadas" para o exercício, mas com graves defeitos de formação.

6. Discussão de Hipóteses Seleccionadas

As hipóteses (i) da tendência ao crescimento da participação das ocupações administrativas e de serviços *vis-à-vis* a diminuição da demanda efetiva de pessoal em atividades auxiliares da área de enfermagem; (ii) da preferência dos empregadores por mão de obra mais escolarizada; (iii) do "encobrimento" do trabalho de atendentes de enfermagem e da contratação de pessoal sobre outras denominações para exercício de atividades de enfermagem foram testadas no grupo focal ampliado com trinta gestores de hospitais das Regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste, realizado em Brasília na primeira semana de dezembro de 1998.

Para os gestores de todos os três grupos, a tendência ao crescimento da utilização de pessoal nas áreas de administração e de serviços é um dado da realidade, estando o processo vinculado, pelo lado da oferta dos serviços, a fatores tecnológico-organizativos, financeiros e culturais, e pelo lado da demanda de serviços, a mudanças na estrutura de preferências

e hábitos de consumo dos usuários/clientes de serviços de saúde.

Os participantes apontam para um movimento concomitante de especialização do trabalho na área de enfermagem – que tenderiam a se concentrar em atividades típicas de enfermagem (especialmente na área de cuidados) – e para uma especialização dos serviços:

- a) de transporte externo e interno de pacientes
- b) de hotelaria (cama, copa, arrumação de quartos, etc.)
- c) de escrituração dos prontuários
- d) de escrituração, comercialização e controle de contas
- e) de recepção de pacientes
- f) de administração de medicamentos e dietas
- g) de apoio propedêutico
- h) de lavanderia

O aumento dos custos do trabalho de enfermagem², decorrente da proibição da contratação de profissionais não regulamentados para o exercício de atividades de enfermagem e da exigência de qualificação profissional dos estoques de atendentes, processos que tiveram efetiva fiscalização dos Corens, teve entre seus efeitos:

(i.) concentrar, na medida das possibilidades de cada serviço, o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem nas atividades de cuidado ao paciente e outras atividades mais complexas da divisão do trabalho na área, liberando-os relativamente dos trabalhos administrativos e de serviços mais simples (hotelaria, escrituração, limpeza, etc.);

(ii.) deslocar os atendentes e demais categorias que exerciam concomitantemente atividades de cuidados de enfermagem e atividades de apoio administrativo e de serviços para estas últimas;

2. Os gestores são unânimes em apontar o aumento dos custos da folha de pagamento entre os resultados da aplicação da Lei. Um gestor informa um incremento de 39% na folha.

(iii.) a especialização dos serviços (conforme o rol acima)

Conforme os relatos, os atendentes não "convertidos" em auxiliares de enfermagem acabaram por assumir postos tais como o de "escriturário" (escrita e transcrição de prontuários de evolução médica e de enfermagem) e "auxiliar de registros", entre outros.

Assim, tanto o crescimento da demanda de empregos administrativos e de serviços se justifica, quanto uma diminuição relativa da demanda de pessoal auxiliar de enfermagem (agora mais concentrado em suas atividades).

A extensão da diminuição da demanda de pessoal de enfermagem, entretanto, foi questionada. A proporção da redução, na realidade, seria bastante menor. Na verdade, admite-se a "conversão" profissional a auxiliar de enfermagem via qualificação profissional interna (por cursos próprios ou contratados a terceiros) e registro nos Corens tanto de pessoas empregadas como atendentes (correspondentes aos estoques residuais) quanto de pessoas

recentemente admitidas em cargos administrativos e de serviços (receptionistas de consultório, auxiliares de escritório, copeiros etc.). Na verdade, muitos gestores expressaram sua preferência por esta última via de recrutamento de pessoal auxiliar de enfermagem. Ela seria preferível, por exemplo, à contratação de auxiliares de enfermagem formados sem experiência de emprego. Os primeiros teriam a vantagem do conhecimento do "funcionamento" do serviço, não possuído pelos últimos.

Bibliografia

- FISHKIN, J. *The Voice of the People: Public Opinion and Democracy*. New Haven: Yale University Press, 1995.
- . *Deliberative Democracy*. New Haven: Yale University Press, 1991.
- BRADBURN, N. M.; SUDMAN, S.; SCHWARZ, N. *Thinking About Answers: The Application of Cognitive Processes to Survey Methodology*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

Estudo PROFAE

Sinais de mercado de trabalho do pessoal de enfermagem no Brasil

A extensão do desaceleramento da demanda por pessoal auxiliar de enfermagem sugere algo de artificial, especialmente quando se leva em conta os "incentivos" para o sub-registro de atendentes a partir da proibição de sua contratação, determinada pela Lei do Exercício de Enfermagem, em vigor desde 1986.

1-Introdução

A análise da estrutura e dinâmica dos mercados de trabalho do pessoal de enfermagem e do setor saúde foi feita a partir de dois recortes básicos: a) o recorte de setor de atividade e b) o recorte dos grupos ocupacionais ou dos mercados de profissionais.

No primeiro caso, falamos em análise do mercado setorial e limitamos o escopo da análise ao emprego e aos salários dentro do setor. O que pode variar aí é o nível de agregação ou desagregação emprestado à definição do setor saúde (do macrossetor saúde ao estabelecimento hospitalar, passando pelo segmento de atividades hospitalares e pelo setor de prestação de serviços de saúde às pessoas).

No segundo caso, falamos em análise dos mercados profissionais. Extrapolando os limites setoriais, esse tipo de análise depara as questões de emprego e salários das ocupações e profissões – mais especificamente, em nosso caso, do grupo da enfermagem – não só no setor de serviços de saúde, como também nos demais setores da economia e no agregado das atividades econômicas (no conjunto das atividades econômicas). Mostrando-se funcionalmente interligados, os fenômenos que se observam no mercado de trabalho setorial influenciam os mercados profissionais e vice-versa.

Buscaremos, conforme dito, caracterizar os mercados de trabalho da enfermagem fora e dentro do setor de serviços de saúde. Em ambos os casos, procuraremos revelar os principais elementos da dinâmica empregatícia (movimentos de admissões e desligamentos e flutuações salariais) dos mercados destas ocupações, além de aspectos de sua composição demográfica (sexo, idade), qualificação e perfil de escolaridade, inserção institucional e condições de emprego e salários.

2-Mercado de Trabalho do Setor Saúde e Mercado de Trabalho da Enfermagem: Elementos Gerais

Segundo nossas estimativas, baseadas nas informações da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o mercado de trabalho formal do setor saúde absorve aproximadamente 2,15 milhões de empregos, o que representa cerca de 8,7% do total de empregos existentes na economia formal do país (dados de agosto de 1998).

Os empregados em profissões e ocupações de saúde (pessoal de saúde) somam 875.337 vínculos e os empregados na área de enfermagem aproximadamente 500 mil trabalhadores.

Da perspectiva da análise setorial, dois setores da atividade econômica

empregam maior volume de pessoal da saúde:

- os serviços médicos, odontológicos e veterinários (majoritariamente privados), compostos por hospitais, clínicas, policlínicas e demais estabelecimentos de prestação de assistência médica e odontológica;

- a administração pública, direta e indireta.

O setor dos serviços médicos, odontológicos e veterinários é composto por cerca de 91 mil estabelecimentos, detendo um estoque de aproximadamente um milhão de empregos. Dentro deste setor, o segmento de atividades de atendimento hospitalar de urgência e emergência somava, em julho de 1998, aproximadamente 10 mil estabelecimentos, detendo cerca de 650 mil empregos. Cerca de 80% dos empregos de enfermeiros, 90% dos de auxiliares de enfermagem e 87% dos de atendentes de enfermagem do setor de serviços médicos e hospitalares se localizavam neste segmento do setor.

O número de empregos vinculados à administração pública, isto é, lotados nos órgãos centrais, departamentos e secretarias da administração federal, dos estados ou municípios, era de 711.240.

Distribuição do Emprego por Setor Institucional

Tomando em consideração o total da força de trabalho empregada em saúde, ou seja, os cerca de 2 milhões de trabalhadores empregados no setor, pode-se

dizer que 42,53% dos empregados têm vínculos no setor público, enquanto que 55,16% têm vínculos de emprego em instituições privadas.

A Tabela 1 informa os números da distribuição da força de trabalho empregada em atividades de saúde e na área de enfermagem por setor institucional.

Com relação ao pessoal de enfermagem, observa-se que a maioria está empregada em instituições privadas. Em torno de 60% dos empregos de atendentes e auxiliares de enfermagem estão em organizações do setor privado. O visitador sanitário é a única categoria da enfermagem predominante no setor público (57,92%). Os enfermeiros possuem distribuição praticamente equivalente entre os setores público (49,76%) e privado (50,24%).

Os órgãos do poder executivo municipal correspondem à forma jurídico-institucional pública de maior peso com relação à demanda de empregos na área de enfermagem, seguidos de perto pelos órgãos do poder executivo estadual. Com efeito, o poder executivo municipal detém 17,5% dos enfermeiros, 16,2% dos auxiliares de enfermagem, 10,1% dos atendentes de enfermagem e cerca de 13% das outras categorias de trabalhadores correlatas à enfermagem. Por seu turno, o poder executivo estadual detém 8,5% dos enfermeiros; 3,2% dos auxiliares de enfermagem; 18,4% dos atendentes e cerca de 10% das outras categorias de enfermagem.

Tabela 1
Distribuição percentual de empregos em atividades de saúde e na área de enfermagem por setor institucional. Brasil, 1996.

Categoria	Setor institucional		Total
	Setor público	Setor privado	
Total de empregos em atividades de saúde	42,53% (879.802)	55,16% (1.141.127)	97,69% (2.068.843 ^(*))
Pessoal de enfermagem	41,10%	58,90%	100,00%
Enfermeiro	49,76%	50,24%	100,00%
Auxiliar de enfermagem	39,90%	60,10%	100,00%
Atendente	40,11%	59,89%	100,00%
Visitador sanitário	57,92%	42,08%	100,00%
Outros de enfermagem	36,68%	63,32%	100,00%

Fonte: Rais/MTE

* existiam 47.914 empregos em estabelecimentos de natureza não identificada.

Dentre as formas institucionais privadas, destacam-se como forma isolada: a) as sociedades por quotas de responsabilidade limitada, que detêm 15,4% do emprego de pessoal de enfermagem e 14% dos de atendentes; b) as organizações filantrópicas e afins, com 18,8% do emprego de pessoal de enfermagem de uma maneira geral e 21% dos de atendentes; e c) as fundações mantidas com recursos privados, com 6% do emprego de pessoal de enfermagem em geral e 6,7% do emprego de atendentes.

A Tabela 2 apresenta um quadro resumido do peso dos diversos setores institucionais nos mercados de trabalho de enfermagem, agrupando as diversas formas institucionais conforme sua natureza.

Distribuição institucional do emprego nos serviços médico-hospitalares

Conforme já dissemos, o setor de serviços médico-hospitalares (na verdade, serviços hospitalares e ambulatoriais médicos, odontológicos e veterinários) é composto majoritariamente por estabelecimentos de natureza privada, cerca de 98% do total de estabelecimentos, que, por sua vez, são responsáveis por 82,5% do estoque de 967.785 vínculos de empregos informados em junho de 1998 ao Caged.

As sociedades por quotas de responsabilidade limitada correspon-

dem à forma institucional privada que concentra maior volume de empregos, com 28% dos empregos privados e cerca de 1/5 do total de empregos do segmento de serviços médico-hospitalares. Deste total de empregos do segmento, as diversas formas de empreendimentos privados com fins lucrativos (incluídas as sociedades por quotas, as sociedades de capital aberto, as cooperativas, etc.) detêm 38,4%, e as formas de empreendimento privado sem finalidades lucrativas (fundações privadas, instituições filantrópicas e beneficentes, associações da sociedade civil sem fins de lucro, etc.) detêm 39,2%.

Dentro do setor público, as fundações públicas e autarquias estaduais correspondem às formas jurídico-institucionais que mais concentram empregos, com 22% e 9,5% do emprego público no segmento, respectivamente. Com relação ao total geral de empregos no segmento (somando públicos e privados), a participação das fundações estaduais é de 3,8%, e a das autarquias estaduais, 2,0% do total. Os órgãos vinculados ao poder executivo estadual detêm 16,7% do emprego público e 2,9% do total do segmento. O poder executivo federal mantém 5,6% do emprego público e cerca de 1% do total do emprego no segmento, ao passo que fundações públicas federais detêm aproximadamente 10% do emprego público e 1,6% do emprego

Tabela 2
Distribuição percentual do emprego na área de enfermagem por natureza do setor institucional.
Brasil, 1996.

Unidade da Federação	Pessoal de enfermagem	Enfermeiro	Auxiliar de enfermagem	Atendente	Visitador sanitário
Público federal	1,11	1,78	1,38	0,75	6,13
Público estadual	17,30	19,26	11,90	23,15	9,03
Público municipal	16,35	20,11	18,84	11,79	30,58
Outro público(*)	6,34	8,61	7,78	4,42	12,18
Total público	41,10	49,76	39,90	40,11	57,92
Empresa privada	27,13	23,14	26,57	23,94	3,74
Privado sem fins lucrativos	30,32	26,50	32,97	34,28	38,20
Outros privados(**)	1,45	0,59	0,55	1,67	0,15
Total privado	58,90	50,24	60,10	59,89	42,08

Fonte: Rais/MTE e PROFAE/MS

*inclui órgão autônomo de direito público, empresa pública, sociedade de economia mista com controle estatal e outras formas de organização da administração pública.

** inclui autônomo ou equiparado com empregado, profissional liberal com empregado, etc.

no segmento dos serviços médico-hospitalares. O setor público municipal tem participação mais reduzida neste segmento de serviços médico-hospitalares. As fundações municipais detêm 6,4%, as autarquias, 4,4%, e os órgãos do poder executivo municipal, 2,3% do emprego neste segmento.

Distribuição do Emprego por Áreas Funcionais

A Tabela 3 mostra que o setor de serviços médicos, odontológicos e veterinários respondem por aproximadamente 59% do pessoal de enfermagem existente e cerca de 46% do total do emprego setorial. A adminis-

trativa e de serviços gerais detêm 58% do emprego. O emprego de pessoal de enfermagem soma aproximadamente 30% do total do setor¹. Os enfermeiros representam perto de 3,6%; os auxiliares de enfermagem perto de 15% e os atendentes e demais categorias de pessoal auxiliar na área de enfermagem perto de 13% da força de trabalho dos serviços médicos.

É de extrema relevância atentar para o fato de que a atual composição funcional do emprego setorial representa um quadro muito distinto daquele vigente nas décadas de 70 e 80. O censo de 1980 apontava para

Tabela 3
Estoque de empregos no mercado setorial da saúde por especialidade de atividade econômica, segundo tipo de emprego. Brasil, agosto de 1998.

Categoria	Serviços Médicos	%	Administração Pública	%	Todos os Setores	%
Pessoal de saúde(*)	405.457	46	288.059	33	875.337	100
Pessoal de enfermagem	292.982	59	139.229	28	493.207	100
Enfermeiro	35.333	50	24.410	34	70.933	100
Auxiliar de enfermagem	141.570	64	58.584	26	222.794	100
Atendente	69.728	60	38.048	33	115.686	100
Visitador sanitário	913	17	2.487	47	5.294	100
Outros correlatos(**)	45.622	61	15.700	21	75.206	100
Agente de Saúde Pública	12.848	31	25.012	61	40.870	100
Pessoal administrativo e de serviços gerais (***)	562.328	44	423.181	33	1.279.106	100
Total	967.785	45	711.240	33	2.154.443	100

Fonte: Rais/Caged/MTE

* empregos de categorias profissionais e técnicas de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, operadores de equipamentos médicos, etc).

** outros auxiliares correlatos da enfermagem: inclui auxiliar de banco de sangue, instrumentador de cirurgia, parteira prática, auxiliares de laboratórios e outros que exercem atividades de enfermagem.

*** empregos de pessoal administrativo e de serviços gerais.

tração pública, por seu turno, responde por 33% do total de empregos do setor e aproximadamente 28% dos empregos de pessoal de enfermagem.

Do ponto de vista da composição do emprego por especialidade funcional, observa-se que as categorias de pessoal de saúde (profissionais e técnicos da área da saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, etc.) representam perto de 42% do total dos empregos dos serviços de saúde,

uma situação de paridade entre o emprego em funções administrativas e o emprego de pessoal de saúde². Nos anos 80, conforme os dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) os empregos em administração e serviços

1. No segmento dos serviços hospitalares, de urgência e emergência, os empregos de pessoal de enfermagem detêm um peso um pouco maior: são 239.382 postos na área de enfermagem num estoque de 601.470 empregados, ou seja, 39,8% do estoque.

gerais somavam, em média, cerca de 36%, e os empregos em atendimento direto e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, 64% dos postos de trabalho em estabelecimentos de saúde². Assim, o fato das denominações ocupacionais administrativas e de serviços representarem hoje cerca de 60% das ocupações do setor constitui uma verdadeira inversão de perfil e não deixa de surpreender.

Os hospitais e serviços de saúde estariam utilizando proporcionalmente mais pessoal em atividades de administração e serviços do que em atividades de cuidados de saúde (especialmente cuidados de enfermagem).

De fato, comparando-se o volume de admissões anuais de trabalhadores

sem dúvida. Mas a extensão do desaceleramento da demanda por pessoal auxiliar de enfermagem sugere algo de artificial, especialmente quando se levam em conta os "incentivos" para o sub-registro de atendentes a partir da proibição legal de sua contratação, determinada pela Lei do Exercício de Enfermagem, em vigor desde 1986.

De fato, a complexidade dos esquemas de financiamento setorial e a expansão das formas institucionais de mercados administrados e planos de saúde tenderiam a explicar e a exigir quantidades crescentes de pessoal especializado em escrituração e contabilidade, bem como no faturamento e gerenciamento comercial e

Tabela 4
Índice de admitidos por área funcional no mercado de trabalho do setor de serviços de saúde, tomando 1986 como base 100. Brasil, 1986-1996.

Categories	31-12-1996
<i>Por categorias profissionais</i>	
Médicos	82,8
Enfermeiros	149,5
Pessoal de enfermagem	23,7
<i>Por áreas funcionais</i>	
Pessoal saúde	79,7
Gerência / Direção	179,7
Administração	192,0
Comercio / Venda	173,7
Serviços de Hotelaria	154,0
Serviços de Guarda	153,5
Conservação	139,7
Transportes	99,3
Desqualificado (Braçais Diversos/Não	996,8

Fonte: Rais/Caged/MTE

nos anos de 1986 e 1996, respectivamente, nas diversas áreas funcionais do setor de serviços médicos, observa-se um maior dinamismo das admissões nas áreas administrativas e de serviços nos dias atuais, ao lado de uma queda nas admissões anuais de pessoal de saúde, bastante acentuada no caso dos trabalhadores auxiliares de enfermagem.

Na verdade, estes indícios de crescimento acima da proporção das categorias de ocupações não vinculadas "tecnicamente" ao cuidado da saúde exigem uma análise mais cautelosa. Existe algo de real nisto,

financeiro dos estabelecimentos. Além disso, este fenômeno seria compatível com uma observação mais recente de uma mudança de sentido no movimento da terceirização do trabalho nos hospitais. Ao contrário do ocorrido na década de 80 e início dos anos 90, nos dias de hoje, os hospitais estariam terceirizando o trabalho de profissionais

2. A título de exemplo, era a seguinte a distribuição dos postos de trabalho por área de denominação do posto nos serviços de saúde: administração (13,67%); atendimento direto (57,07%); sadt (7,02%) e serviços gerais (22,24%); cf. GIRARDI S. *O Perfil do Emprego em Saúde no Brasil*, in Cadernos de Saúde Pública, vol.2, no.4., out/dez 1986, pp. 423-39.

de saúde, ou seja, obtendo de fonte externa o trabalho de médicos e outros profissionais de saúde (por cooperativas e grupos médicos, agências de mão de obra, etc.), ao mesmo tempo em que voltaram a contratar diretamente o pessoal de gerência e controle administrativo e financeiro³.

Por outro lado, um grande contingente desse pessoal classificado como administrativo ou de serviços poderia representar apenas um artifício de classificação ocupacional utilizado pelos serviços de saúde para contornar as proibições legais de contratação de pessoal de enfermagem fora das categorias da profissão regulamentadas na Lei de Exercício da Enfermagem e sem registro nos conselhos regionais de enfermagem. Na "contramão" da lei, principalmente a partir dos anos 90, os estabelecimentos de saúde estariam contratando pessoas sob denominações ocupacionais administrativas, de serviços e outras não vinculadas ao cuidado à saúde para o desempenho de atividades de cuidado de enfermagem. Há inúmeros indícios a favor desta hipótese, conforme buscaremos demonstrar. Na prática, observa-se que os motivos que levam as gerências dos estabelecimentos de saúde a "burlarem" a lei da enfermagem variam da necessidade de contornar problemas de escassez efetiva deste tipo de profissional em alguns mercados, à disposição proposital da contratação alternativa de mão de obra mais barata.

Estas hipóteses foram testadas no grupo focal ampliado com 30 gestores de hospitais das Regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste, realizado em Brasília na primeira semana de dezembro de 1998.

Para os gestores de todos os três grupos, a tendência de crescimento da utilização de pessoal nas áreas de administração e de serviços é um dado da realidade, estando o processo vinculado, pelo lado da oferta dos serviços, a fatores tecnológico-organizacionais, financeiros e culturais, e, pelo lado da demanda de serviços, a mudanças na estrutura de preferências

e hábitos de consumo dos usuários e clientes de serviços de saúde.

Os participantes apontaram um movimento concomitante de especialização do trabalho na área de enfermagem – que tenderiam a se concentrar em atividades típicas de enfermagem (especialmente na área de cuidados) – e para uma especialização dos serviços:

- a) de transporte externo e interno de pacientes;
- b) de hotelaria (cama, copa, arrumação de quartos, etc.);
- c) de escrituração dos prontuários;
- d) de escrituração, comercialização e controle de contas;
- e) de recepção de pacientes;
- f) de administração de medicamentos e dieta;
- g) de apoio propedêutico;
- h) de lavanderia.

O aumento dos custos do trabalho de enfermagem⁴ decorrente da proibição da contratação de profissionais não regulamentados para o exercício de atividades de enfermagem e da exigência de qualificação profissional dos estoques de atendentes, processos que tiveram efetiva fiscalização dos Conselhos Regionais de Enfermagem (Corens), teve, dentre seus efeitos, os de:

- a) concentrar, na medida das possibilidades de cada serviço, o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem nas atividades de cuidado ao paciente e outras atividades mais complexas da divisão do trabalho na área, liberando-os relativamente dos trabalhos administrativos e de serviços mais simples (hotelaria, escrituração, limpeza, etc.);
- b) deslocar os atendentes e demais categorias que exerciam concomitantemente atividades de cuidados de

3. A hipótese subjacente a esse processo é a de que estaria havendo a transformação funcional dos estabelecimentos hospitalares em unidades de negócio.

4. Os gestores são unânimes em apontar o aumento dos custos da folha de pagamento entre os resultados da aplicação da Lei. Um gestor informa um incremento de 39% na folha.

enfermagem e atividades de apoio administrativo e de serviços para estas últimas;

c) a especialização dos serviços (conforme o rol acima).

Conforme os relatos, os atendentes não "convertidos" em auxiliares de enfermagem acabaram por assumir postos tais como os de "escriturário" (escrita e transcrição de prontuários de evolução médica e de enfermagem) e "auxiliar de registros", entre outros.

Assim, se justificam tanto o crescimento da demanda de empregos administrativos e de serviços, quanto uma diminuição relativa da demanda de pessoal auxiliar de enfermagem (agora mais concentrado em suas atividades).

A extensão da diminuição da demanda de pessoal de enfermagem, entretanto, foi questionada. A proporção da redução, na realidade, seria bastante menor. Na verdade, admite-se a "conversão" profissional a auxiliar de enfermagem via qualificação profissional interna (por cursos próprios ou contratados a terceiros) e registro nos Corens tanto de pessoas empregadas como atendentes (correspondentes aos estoques residuais), quanto de pessoas recentemente admitidas em cargos administrativos e de serviços (receptionistas de consultório, auxiliares de escritório, copeiros, etc.). Na verdade, muitos gestores expressaram sua preferência por esta última via de recrutamento de pessoal auxiliar de enfermagem. Ela seria preferível, por exemplo, à contratação de auxiliares de enfermagem formados sem experiência de emprego. Os primeiros teriam a vantagem do conhecimento do "funcionamento" do serviço, não possuído pelos últimos.

Não há a intenção de explorar mais a fundo estas hipóteses a essa altura do texto, mesmo porque grande parte do conteúdo das próximas seções irá girar em torno tais questões. O argumento nesse ponto é de que não há como se aproximar de forma adequada da questão das dimensões atuais da força de trabalho em enfermagem e nem

compreender a sua dinâmica recente, sem que a conexão entre pessoal de enfermagem e outro pessoal administrativo e de serviços gerais seja feita.

Noutros termos, para compreender o que passa com a força de trabalho e com o emprego na área de enfermagem não basta que examinemos os dados das especialidades ocupacionais da enfermagem: técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem, etc. Além disto, é preciso que penetremos nas classificações ocupacionais administrativas, de serviços gerais e outras e examinemos, de acordo com os parâmetros conhecidos do processo de trabalho e do paradigma tecnológico em saúde, a plausibilidade dos números da evolução e da dinâmica do emprego das especialidades ocupacionais constitutivas de cada uma destas famílias.

A Tabela 5 (pág. 54) apresenta os números relativos aos estoques atuais e saldos de admitidos e desligados nas categorias de pessoal de enfermagem, administrativas e de serviços, às quais nos referimos acima. A razão da escolha dos grupos de base dos receptionistas, escriturários e das categorias selecionadas dos trabalhadores braçais deve-se ao fato de eles deterem os maiores contingentes dentre os empregos em funções administrativas e de serviços gerais. O exame da tabela pode aclarar melhor o significado do tipo de conexão analítica para a qual venho me referindo.

Observa-se que as categorias de pessoal de saúde representam 41,9% dos empregos existentes no setor ao passo que representaram 7,6% do saldo total das admissões e desligamentos realizados no setor entre janeiro de 1997 e agosto de 1998. Por seu turno, o pessoal administrativo e de serviços, com 58,1% do estoque, deteve 80,48% do saldo das admissões no período. O dado sinaliza para o aprofundamento da tendência apontada de crescimento do peso das atividades administrativas e de serviços na demanda setorial de empregos.

Conforme se pode ver, os receptionistas representam 10% do

Tabela 5**Estoque de empregos nos serviços médicos e odontológicos segundo tipo de emprego. Brasil, agosto de 1998.**

Categoria	Estoque de empregos agosto de 1998	% estoque	Saldo de admissões e desligamentos entre janeiro de 1997 e agosto de 1998	% saldo
Pessoal Saúde	405.457	41,90	4.224	7,60
Pessoal Enfermagem	292.982	30,27	2.793	5,03
Enfermeiros	35.333	3,65	2.083	3,75
Auxiliares de Enfermagem	141.570	14,63	220	0,40
Atendentes	69.728	7,20	0	0,00
Outro	45.662	4,72	487	0,88
Agente de Saúde Pública	12.848	1,33	170	0,31
Pessoal Adm/Serv.	562.328	58,10	44.721	80,48
<i>Recepcionista</i>	96.688	9,99	5.623	10,12
Recepcionista em geral	40.523	4,19	3.769	6,78
Recepcionista de consultório médico	36.517	3,77	1.138	2,05
Escriturário/auxiliar de escritório	63.870	6,60	3.153	5,67
<i>Trabalhadores Braçais(*)</i>	100.418	10,38	13.354	24,03
Faxineiro	30.604	3,16	1.603	2,88
Serviços de conservação e limpeza	44.733	4,62	3.583	6,45
Não classificados sobre outras epígrafes	16.232	1,68	8.989	16,18
Ocupações não identificadas	6.790	0,70	912	1,64
Total	967.785	100,00	55.569	100,00

Fonte: Rais/Caged/MTE

*inclui trabalhadores em conservação de edifícios, braçais não classificados e ignorados;

estoque de empregos e do saldo entre admitidos e desligados no período. Por seu turno, os enfermeiros somam 3,6% do estoque e 3,7% do saldo de admitidos e desligados.

Enquanto isto, os trabalhadores braçais, com 10,38% do estoque de empregos se responsabilizaram por 24,03% do saldo de admitidos.

Por outro lado, as categorias de pessoal "auxiliares" de enfermagem, que ainda detêm cerca de 27% do total de empregos do setor, representam pouco mais de 1% do saldo de admissões e desligamentos.

Se pudessem ser interpretados literalmente, o que estes dados estariam sinalizando?

a) o movimento de novas contratações de enfermeiros e recepcionistas é dinâmico e compatível com os respectivos estoques, o que indica uma situação de demanda sustentada;

b) a demanda do setor por trabalhadores braçais é atualmente muito grande, aumentou espetacularmente nos últimos anos e é fenômeno recente; a maior proporção das novas contratações sobre os estoques do emprego funcio-

nam como evidência nesse sentido;

c) o mercado de trabalho de pessoal de enfermagem em atividades auxiliares está estagnado.

Com relação a enfermeiros e recepcionistas, a leitura parece plausível. O mesmo não ocorre, entretanto, com relação aos dados de estagnação do pessoal de enfermagem e de explosão da demanda por trabalhadores braçais. Nenhuma inovação tecnológica ou mudança organizacional no setor de serviços de saúde, por um lado, e nenhuma crise de geração de empregos, por outro, explicaria a conjunção desses fenômenos. A conexão parece de outra ordem.

Parece, de fato, algo inusitado que os trabalhadores braçais tenham esta posição no estoque de empregados e nas admissões do setor saúde, ainda mais quando consideramos que o estoque dos demais trabalhadores em atividades administrativas correspondeu a 212.460 empregos e dos trabalhadores em atividades de serviços gerais a 121.083 empregos.

Uma hipótese muito plausível, portanto, é que parte considerável dos empregos classificados sob essa

denominação seja, de fato, empregos de pessoal que do ponto de vista funcional são contratados para o exercício de atividades de enfermagem. O fato de aproximadamente 55% dos trabalhadores braçais admitidos entre janeiro de 1997 e agosto de 1998 possuírem o segundo grau completo de escolaridade e apenas 13% destes deterem até a 8ª série do primeiro grau incompleta dá apoio para esta interpretação.

A Tabela 6 apresenta os dados das admissões por tipo de movimento (primeiro emprego, reemprego, transferências de entrada em estabelecimentos) de uma seleção destas categorias.

3- A Conexão entre Escolaridade e Emprego no Setor Saúde e as Tendências da Admissão de Pessoal de Enfermagem no Decênio 1986-96

Pode-se dizer que três sinais indicam uma inflexão na dinâmica empregatícia do setor saúde no Brasil nos anos 90 em relação às configurações que prevaleceram na década de 70 até meados dos anos 80. Dois deles já foram brevemente comentados: o destacado dinamismo das admissões das categorias de pessoal administrativo e de serviços e a crise (ou a estagnação) dos mercados de pessoal de enfermagem. O terceiro sinal, altamente imbricado com os dois anteriores, foi a nítida preferência que os empregadores da saúde, especialmente do setor privado, demonstraram pela contratação de

pessoal de maior escolaridade, especialmente com segundo grau completo. As evidências de conexão entre esses três fenômenos começam pela observação de que a crise nas admissões de pessoal de enfermagem foi bastante mais acentuada entre os trabalhadores de menor escolaridade.

Esta seção terá como objetivo a discussão destas tendências.

A tabela 7 (pág.56) antecipa alguns indicadores selecionados que sumarizam os três movimentos que sinalizamos acima.

Na seqüência cada uma destas questões será apresentada com detalhe. Iniciaremos pela questão da tendência à contratação de pessoal com maior escolaridade pelos estabelecimentos do setor.

O Perfil de escolaridade do emprego no setor de serviços de saúde

A Tabela 8 (pág. 57) compara a estrutura de escolaridade do emprego nos dois principais setores de atividade econômica que empregam força de trabalho em saúde: os serviços de saúde e a administração pública. Os dados apresentados representam o número de empregos existentes nesses setores em dezembro de 1986 e em dezembro de 1996, respectivamente. Observa-se que foram bastante significativas as mudanças no perfil instrucional do emprego nesses setores ao longo do último decênio.

Tabela 6
Admissões por tipo de movimento no setor de serviços de saúde em categorias selecionadas. Brasil, janeiro de 1997 a julho de 1998.

Categoria	Primeiro emprego	Reemprego	Transferência de entrada	Total de admissões	Estoque Agosto de 1998
Enfermeiro	2.140	12.197	391	14.728	35.333
Auxiliar de enfermagem	2.093	11.207	296	13.596	141.570
Visitador sanitário	10	56	0	66	69.728
Outro enfermagem	636	3.280	79	3.995	45.662
Agente de saúde pública	192	323	32	547	12.848
Escriturário/ Auxiliar de escritório	4.938	16.849	1.731	23.518	63.870
Receptionista em geral	5.610	19.733	1.289	26.632	40.523
Receptionista de consultório	2.475	7.114	231	9.820	36.517
Faxineiro	3.030	9.469	204	12.703	30.604
Serv. de conservação e limpeza	4.648	12.496	398	17.542	44.733
Braçais não classificados sob outras epígrafes	14.996	77.813	2.721	95.530	102.320

Fonte: Rais/Caged/MTE

Não resta qualquer dúvida sobre as significativas mudanças no perfil de escolaridade do emprego nos dois setores, fato relativamente independente das alterações quanto à forma de classificação dos estabelecimentos e cobertura das fontes. É expressiva a melhoria do perfil de escolaridade do emprego na Administração Pública e nos Serviços de Saúde. De fato, observa-se:

a) uma forte diminuição do peso dos empregos de menor nível de escolaridade (até 4ª série);

b) um aumento significativo da participação dos empregos com segundo grau completo;

c) um ligeiro aumento da participação dos empregos de escolaridade superior.

É interessante cotejar os dados da estrutura de escolaridade do emprego com os do crescimento do emprego, medido através das admissões realizadas anualmente no conjunto da atividade econômica e nos mercados de trabalho do setor e das ocupações de enfermagem e trabalhadores braçais da saúde.

As tabelas 9a e 9b (pág. 57) apresentam o movimento geral das admissões realizadas anualmente no conjunto da atividade econômica, de 1986 a 1996 no segmento celetista do mercado de trabalho formal no Brasil.

A par da crise mais ou menos geral do emprego celetista, conforme se pode observar considerando o conjunto da atividade econômica, as admissões nas faixas de escolaridade mais altas apresentaram índices de crescimento positivo no período, enquanto que aquelas nas faixas de escolaridade inferiores apresentaram índices de variação negativos, tomando o ano de 1986 como base de comparação. Maiores oportunidades de emprego no segmento celetista do mercado de trabalho parecem assim estar reservadas aos trabalhadores com maior escolaridade, ao passo que se tornam mais escassas as oportunidades de emprego para trabalhadores menos escolarizados. Essa tendência, ao que parece, se acentua no decorrer dos anos 90.

As tabelas 10a e 10b (pág. 58) apresentam os dados de admissões anuais para o setor de serviços de

Tabela 7
Indicadores selecionados do mercado de trabalho no setor de serviços de saúde. Brasil, 1986-1997.

	31-12-1986	31-12-1996
Índices gerais		
% empregos até 4ª série	23,9	15,4
% empregos 2º grau completo	19,9	30,8
% admissões até 4ª série	11,4	5,9
% admissões 2º grau completo	17,4	33,8
Índices de incremento das admissões (1986 = base 100)		
<i>por escolaridade</i>		
até 4ª série	100,0	77,1
4ª a 8ª série	100,0	89,7
1º grau completo	100,0	147,8
2º grau completo	100,0	289,6
3º grau completo	100,0	188,0
<i>por categorias profissionais</i>		
Médicos	100,0	82,8
Enfermeiros	100,0	149,5
Pessoal de enfermagem	100,0	23,7
<i>por áreas funcionais</i>		
Pessoal de Saúde	100,0	79,7
Gerência/Direção	100,0	179,7
Administração	100,0	192,0
Comércio/Venda	100,0	173,7
Serviços de Hotelaria	100,0	154,0
Serviços de Guarda	100,0	153,5
Conservação	100,0	139,7
Transportes	100,0	99,3
Desqualificado (Braçais Diversos)	100,0	996,8

Tabela 8

Perfil de escolaridade dos empregos existentes (todos os vínculos formais) em setores de atividade selecionados. Brasil, 1986-1996.

	Administração pública		Serviços de Saúde	
	1986	1996	1986	Junho de 1998
Até a 4ª Série	27,75%	19,51%	23,88%	15,40%
4ª a 8ª Série	8,53%	8,39%	13,69%	11,73%
1º Grau completo	17,41%	17,91%	28,47%	27,95%
2º Grau completo	28,17%	32,08%	19,92%	30,76%
Superior completo	16,12%	21,75%	11,32%	14,11%
Ignorado	2,02%	0,36%	2,72%	0,05%
Total	100,00% (5.278.386)	100,00% (5.398.245)	100,00% (287.479)	100,00% (967.785)

Fonte: Rais/Caged/MTE

Tabela 9a

Movimento de admissões em todos os setores de atividade econômica. Brasil, 1986-1996. Número de admitidos por ano, segundo nível de escolaridade.

Ano	Até a 4ª série	4ª a 8ª série	1º grau completo	2º grau completo	Superior completo	Ignorado	Total
1986	2.575.221	4.987.726	2.130.008	1.209.447	347.793	89.630	11.339.825
1987	2.461.219	4.738.226	1.993.873	1.115.845	340.151	86.002	10.735.316
1988	2.442.147	4.730.984	2.105.243	1.187.401	351.294	101.420	10.918.489
1989	2.225.847	4.797.970	2.248.597	1.236.526	343.648	120.387	10.972.975
1990	1.988.878	4.287.569	2.051.392	1.122.047	323.179	115.378	9.888.443
1991	1.709.925	3.765.174	1.869.349	1.067.900	302.648	109.431	8.824.427
1992	1.405.918	3.022.387	1.612.732	983.282	308.464	87.337	7.420.120
1993	1.435.097	3.381.971	1.986.894	1.171.780	341.236	103.841	8.420.819
1994	1.473.579	3.666.275	2.214.424	1.270.321	330.524	106.333	9.061.456
1995	1.610.876	4.110.874	2.621.703	1.501.394	374.371	112.763	10.331.981
1996	1.506.205	3.597.240	2.429.340	1.500.728	381.437	95.103	9.510.053

Fonte: Rais/Caged/MTE

Tabela 9b

Movimento de admissões em todos os setores de atividade econômica. Brasil, 1986-1996. Índice de admitidos por ano, segundo nível de escolaridade. Base 1986 = 100

Ano	Até a 4ª série	4ª a 8ª série	1º grau completo	2º grau completo	Superior completo	Ignorado	Total
1986	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1987	95,57	95,00	93,61	92,26	97,80	95,95	94,67
1988	94,83	94,85	98,84	98,18	101,01	113,15	96,28
1989	86,43	96,20	105,57	102,24	98,81	134,32	96,76
1990	77,23	85,96	96,31	92,77	92,92	128,73	87,20
1991	66,40	75,49	87,76	88,30	87,02	122,09	77,82
1992	54,59	60,60	75,71	81,30	88,69	97,44	65,43
1993	55,73	67,81	93,28	96,89	98,11	115,86	74,26
1994	57,22	73,51	103,96	105,03	95,03	118,64	79,91
1995	62,55	82,42	123,08	124,14	107,64	125,81	91,11
1996	58,49	72,12	114,05	124,08	109,67	106,11	83,86

Fonte: Rais/Caged/MTE

saúde. Podemos observar que o afirmado para o conjunto da economia vale com mais razão para o setor de serviços de saúde.

Com efeito, no setor de serviços de saúde, ao mesmo tempo em que se observa uma redução, em termos absolutos, do

volume das admissões anuais de trabalhadores com escolaridade até a 4ª série e de 4ª a 8ª série, verifica-se um importante crescimento do volume das admissões anuais de trabalhadores mais escolarizados. O setor de serviços de saúde em geral apresentou uma boa

Tabela 10a

Movimento de admissões no setor de serviços de saúde(*). Brasil, 1986-1996.
Número de admitidos por ano, segundo nível de escolaridade.

Ano	Até a 4ª série	4ª a 8ª série	1º grau completo	2º grau completo	Superior completo	Ignorado	Total
1986	19.160	54.998	48.573	29.290	14.790	1.747	168.558
1987	22.082	61.317	49.877	29.737	15.398	1.904	180.315
1988	19.530	55.069	50.093	32.062	16.407	2.295	175.456
1989	18.165	50.862	48.427	31.516	13.769	2.397	165.136
1990	17.229	53.318	49.218	32.172	14.226	2.375	168.538
1991	12.203	44.648	44.775	32.354	13.947	2.329	150.256
1992	10.884	37.460	40.167	33.185	13.792	1.881	137.369
1993	14.951	45.229	51.511	43.244	17.792	2.434	175.161
1994	16.217	47.543	52.927	46.169	16.438	1.879	181.173
1995	16.263	53.680	66.969	62.314	20.519	2.709	222.454
1996	14.774	49.347	71.797	84.809	27.817	2.607	251.151

Fonte: Rais/Caged/MTE

*setor de atividade IBGE serviços médicos e odontológicos

Tabela 10b

Movimento de admissões no setor de serviços de saúde(*). Brasil, 1986-1996.
Índice de admitidos por ano, segundo nível de escolaridade. Base 1986 = 100

Ano	Até a 4ª série	4ª a 8ª série	1º grau completo	2º grau completo	Superior completo	Ignorado	Total
1986	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1987	115,25	111,49	102,68	101,53	104,11	108,99	106,98
1988	101,93	100,13	103,13	109,46	110,93	131,37	104,09
1989	94,81	92,48	99,70	107,60	93,10	137,21	97,97
1990	89,92	96,95	101,33	109,84	96,19	135,95	99,99
1991	63,69	81,18	92,18	110,46	94,30	133,31	89,14
1992	56,81	68,11	82,69	113,30	93,25	107,67	81,50
1993	78,03	82,24	106,05	147,64	120,30	139,32	103,92
1994	84,64	86,44	108,96	157,63	111,14	107,56	107,48
1995	84,88	97,60	137,87	212,75	138,74	155,07	131,97
1996	77,11	89,73	147,81	289,55	188,08	149,23	149,00

Fonte: Rais/Caged/MTE

*setor de atividade IBGE serviços médicos e odontológicos

performance, mas o que mais chama a atenção é o fato de que as admissões anuais de pessoal com 2º grau completo tenham praticamente triplicado, comparando-se o ano de 1996 com o ano de 1986.

Esse dado, considerado isoladamente, indica uma maior preferência dos empregadores do setor para contratação de pessoal mais qualificado. Poderia estar se processando algum esforço de profissionalização do setor, particularmente nas áreas administrativas e de serviços de apoio contábil e financeiro, uma vez que, conforme veremos adiante, com relação ao pessoal de escolaridade intermediária empregado em cuidados de enfermagem ocorre uma brusca queda nas admissões.

De qualquer forma, como resultado dessa dinâmica, em 1996 menos de 6%

do total de admissões realizadas no setor de serviços de saúde foi de pessoal com até a 4ª série, enquanto que aproximadamente 33% dos admitidos tinham 2º grau completo. Esse quadro, conforme podemos observar na Tabela 10a, contrasta fortemente com o quadro vigente dez anos antes e parece bastante sintonizado com o movimento mais geral de escolarização que vem ocorrendo em todos os mercados de trabalho.

Admissões de Profissionais de Saúde entre 1986 e 1997

A Tabela 11 (pág. 59) apresenta os dados da evolução dos índices de admissão anuais de médicos, enfermeiros e pessoal de enfermagem de nível técnico e auxiliar em todos os setores de atividade econômica entre 1986 e 1997.

De uma maneira geral os dados

Tabela 11

Mercado ocupacional da saúde, todos os setores de atividade econômica: evolução das admissões CLT ano a ano para categorias de profissionais de saúde selecionadas e índice de incremento de admissões, base 1986=100. Brasil, 1986-1997.

Ano	Médico	índice	Enfermeiro	índice	Pessoal de Enfermagem	índice
1986	19.606	100	9.608	100	76.856	100
1987	20.328	104	9.724	101	78.349	102
1988	22.154	113	10.151	106	81.646	106
1989	21.230	108	9.689	101	75.240	98
1990	20.078	102	10.231	106	77.539	101
1991	17.172	88	8.722	91	68.352	89
1992	15.771	80	9.538	99	45.441	59
1993	18.518	94	12.973	135	37.398	49
1994	18.025	92	13.104	136	25.697	33
1995	18.890	96	13.828	144	22.612	29
1996	16.055	82	12.145	126	18.409	24
1997	15.766	80	11.933	124	17.228	22

Fonte: Rais/Caged/MTE

apontam para uma estagnação dos mercados de profissionais de saúde, com exceção do emprego de enfermeiro, que tem crescido. Conforme se pode observar, há uma forte crise no mercado de trabalho de enfermagem. Com efeito, as admissões de pessoal de enfermagem realizadas em 1997 representam em torno de 1/5, em média, dos índices praticados na última metade da década de 80. O mercado de trabalho médico também vem reduzindo o ritmo de admissões.

Conforme já vimos (Tabela 5), o saldo de admitidos e desligados no segmento celetista do mercado entre janeiro de 1997 e junho de 1998 foi de 476 vínculos em categorias de pessoal auxiliar de enfermagem. Com relação aos médicos, o saldo no mesmo período foi de apenas 61 vínculos. No caso dos médicos, a hipótese da terceirização é uma pista de investigação forçosa. Com relação ao pessoal de enfermagem, entretanto, ademais da terceirização, é necessário que busquemos outras explicações. Segundo pesquisas realizadas, constatou-se que a prática de terceirização deste segmento da força de trabalho ainda é muito pequena no Brasil, ao que parece.

As admissões de pessoal de enfermagem no setor saúde e na administração pública entre 1986 e 1996

As tabelas 12a e 12b (pág. 60) apresentam os indicadores de crescimento das admissões relativas ao

pessoal técnico e auxiliar de enfermagem ao longo do período. Apresentamos os dados da evolução anual de admitidos considerando setores selecionados de atividade do emprego e grau de escolaridade dos admitidos no ano.

Tomados literalmente, os dados indicam uma forte crise com relação ao emprego de pessoal de enfermagem. No conjunto, conforme já dissemos anteriormente, o volume anual de admissões de pessoal de enfermagem reduziu-se drasticamente em quaisquer setores que se queira analisar. Considerando todos os setores, o volume de pessoal de enfermagem admitido em 1997 situou-se em 1/5 do admitido em 1986.

As admissões de pessoal de enfermagem e trabalhadores braçais no setor saúde entre 1991 e 1997

As tabelas 13a e 13b (pág. 61) mostram a evolução do número de admissões e os índices de admitidos em categorias de pessoal de enfermagem e categorias de trabalhadores braçais no setor de serviços de saúde na década de 90.

A análise do comportamento dos números das tabelas reforça a hipótese – desenvolvida em seção anterior deste trabalho – da contratação de pessoal de enfermagem sob denominações ocupacionais diversas na área de serviços (ora conservação de edifícios, ora outros braçais, ora ignorados, ora não identificados, etc.)

Tabela 12a**Evolução das admissões anuais de pessoal de enfermagem, segundo nível de escolaridade. Brasil, 1986-1996.**

Escolaridade	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Até a 4ª série											
Serviço de Saúde	1.185	1.364	1.097	909	810	717	351	344	173	180	212
Adm. Pública	86	114	139	84	67	58	29	28	16	20	11
4ª à 8ª série											
Serviço de Saúde	12.789	12.902	12.014	9.403	8.061	7.569	3.831	2.954	1.954	1.363	1.412
Adm. Pública	1.275	1.091	1.077	1.180	637	560	420	549	295	216	226
1º grau completo											
Serviço de Saúde	16.093	15.909	16.561	14.718	14.337	14.218	8.910	8.175	5.466	4.582	4.554
Adm. Pública	1.892	1.752	1.969	2.423	1.818	1.467	1.382	993	813	710	993
2º grau completo											
Serviço de Saúde	8.521	8.911	10.227	9.722	9.808	10.323	8.247	8.088	5.949	5.915	7.848
Adm. Pública	1.769	1.668	2.557	1.892	1.700	1.383	1.494	808	623	739	931
Ignorado											
Serviço de Saúde	337	321	320	288	291	279	236	237	152	118	108
Adm. Pública	28	9	106	36	13	35	9	16	6	4	2
Total											
Serviço de Saúde	41.244	41.793	42.944	37.388	35.872	35.817	24.225	23.407	17.254	16.465	19.938
Adm. Pública	5.774	5.282	6.791	6.559	5.010	4.074	3.917	2.934	2.275	2.170	2.666

Fonte: Rais/Caged/MTE

Tabela 12b**Evolução do índice das admissões anuais de pessoal de enfermagem, segundo nível de escolaridade (exceto para a categoria de enfermeiros, que inclui enfermeiros sem nível superior), tomando 1986 como base 100. Brasil, 1986-1996.**

Escolaridade	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Até a 4ª série											
Serviço de Saúde	100,00	115,11	92,57	76,71	68,35	60,51	29,62	29,03	14,60	15,19	17,89
Adm. Pública	100,00	132,56	161,63	97,67	77,91	67,44	33,72	32,56	18,60	23,26	12,79
4ª à 8ª série											
Serviço de Saúde	100,00	100,88	93,94	73,52	63,03	59,18	29,96	23,10	15,28	10,66	11,04
Adm. Pública	100,00	85,57	84,47	92,55	49,96	43,92	32,94	43,06	23,14	16,94	17,73
1º grau completo											
Serviço de Saúde	100,00	98,86	102,91	91,46	89,09	88,35	55,37	50,80	33,97	28,47	28,30
Adm. Pública	100,00	92,60	104,07	128,07	96,09	77,54	73,04	52,48	42,97	37,53	52,48
2º grau completo											
Serviço de Saúde	100,00	104,58	120,02	114,09	115,10	121,15	96,78	94,92	69,82	69,42	92,10
Adm. Pública	100,00	94,29	144,54	106,95	96,10	78,18	84,45	45,68	35,22	41,78	52,63
Ignorado											
Serviço de Saúde	100,00	95,25	94,96	85,46	86,35	82,79	70,03	70,33	45,10	35,01	32,05
Adm. Pública	100,00	32,14	378,57	128,57	46,43	125,00	32,14	57,14	21,43	14,29	7,14
Total											
Serviço de Saúde	100,00	101,33	104,12	90,65	86,98	86,84	58,74	56,75	41,83	39,92	48,34
Adm. Pública	100,00	91,48	117,61	113,60	86,77	70,56	67,84	50,81	39,40	37,58	46,17

Fonte: Rais/Caged/MTE

4 - Emprego e Salários das Especialidades Ocupacionais da Enfermagem e Ocupações Correlatas

Neste capítulo, buscamos dimensionar a força de trabalho em atividades de enfermagem no conjunto da economia e não apenas no setor e nas atividades de serviços de saúde. Tomamos os aspectos estruturais de sua composição demográfica (sexo,

idade), qualificação e perfil de escolaridade, condições de emprego e salários. A Rais 1996, com dados sobre empregos existentes em 31 de dezembro de 1996, apurada entre os meses de abril e junho de 1997 e processada em junho de 1998, consistiu na fonte utilizada.

Conforme vimos argumentando, uma aproximação adequada dos

Tabela 13a
Evolução do número de admissões em categorias de pessoal de enfermagem e categorias de trabalhadores braçais no setor de serviços de saúde na década de 90.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Pessoal de Enfermagem	32.491	20.473	17.572	11.587	10.145	11.682	10.544
Trabalhadores da construção e edificação	9.948	7.688	9.158	9.175	12.981	14.835	17.992
Trabalhadores braçais outros	5.361	4.345	4.244	3.607	19.827	70.458	62.634
Não identificado	2.044	2.108	2.849	2.984	2.954	2.661	3.416
Ignorado	12.234	16.042	32.426	39.759	40.956	6.439	-

Fonte: Rais/Caged/MTE

Tabela 13a
Evolução dos índices de admitidos em categorias de pessoal de enfermagem e categorias de trabalhadores braçais no setor de serviços de saúde na década de 90, sendo 1991=100.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Pessoal de Enfermagem	100	63	54	36	31	36	32
Trabalhadores da construção e edificação	100	77	92	92	130	149	181
Trabalhadores braçais outros	100	81	79	67	370	1.314	1.168
Não identificado	100	103	139	146	145	130	167
Ignorado	100	131	265	325	335	53	-

Fonte: Rais/Caged/MTE

elementos estruturais da ocupação em enfermagem e da dinâmica de seus mercados de trabalho reclama que estejamos sempre conectando os dados das especialidades ocupacionais da enfermagem (técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem, etc.) com os dados relativos às classificações ocupacionais administrativas, de serviços gerais e outras, especialmente das categorias de "trabalhadores braçais". Avançar nesta linha, entretanto, implica em ter que superar um problema de solução mais ou menos complexa. Enquanto a análise dos mercados profissionais do grupo de base pessoal de enfermagem pode ser feita para todos os setores da economia (saúde, indústria, comércio, administração pública, etc.) sem perda da especificidade e identidade ocupacional do grupo a que estamos anali-

sando, o mesmo não pode ser assumido com relação aos trabalhadores braçais. Com efeito, os grupos da enfermagem detêm aquilo que em outro lugar chamamos de distribuição vertical com relação às especialidades da divisão social do trabalho. São ocupações com forte concentração setorial: se concentram, praticamente, nos serviços de saúde. Esta característica pode ser generalizada para o conjunto das profissões de saúde, a exemplo de médicos, dentistas, etc. Entretanto, não é este o caso das ocupações administrativas e menos ainda com relação aos "trabalhadores braçais" que detêm distribuição horizontalizada na economia. A solução metodológica vislumbrada para esse problema consistiu em trabalhar com as categorias de pessoal de enfermagem para toda a economia, para o setor de serviços de

saúde e administração pública, e tomar os dados de trabalhadores braçais apenas para o setor de serviços médico-odontológicos.

Distribuição Regional das Ocupações de Enfermagem

As tabelas 14a e 14b apresentam os dados de estoques de empregados das especialidades ocupacionais da enfermagem, em todos os setores de atividade econômica, e dos "trabalhadores braçais" no setor de serviços médicos, distribuídos pelas diversas regiões do país.

Observa-se que a Região Sudeste concentra 51,2% dos enfermeiros, 54,2% do pessoal de enfermagem não universitário, 65% dos atendentes e 53,0% dos "braçais" da saúde. A Região Norte é a que detém os menores índices de concentração

destas categorias. O Nordeste detém o segundo lugar em termos de índices de emprego de pessoal de enfermagem e "braçais" da saúde.

Ademais desses aspectos genéricos chama a atenção:

a) a maior concentração relativa de atendentes de enfermagem na Região Sudeste;

b) a maior concentração relativa de visitantes sanitários, agentes de saúde pública e enfermeiros na Região Nordeste;

c) a sobreconcentração de outras categorias de pessoal de enfermagem no Centro-Oeste.

Conforme a Rais, os atendentes de enfermagem somavam 115.686 vínculos de empregos no país em 31 de dezembro de 1996. Este dado é menor

Tabela 14a

Mercado de trabalho de ocupações de enfermagem: Empregos de categorias da enfermagem por Região (todos os setores de atividade econômica). Brasil, 31 de dezembro de 1996.

Categoria	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total(*)
Enfermeiros	2.513	16.725	34.497	9.830	3.761	67.326
Auxiliar de enfermagem(**)	7.286	42.192	120.252	37.303	14.583	221.616
Atendente de enfermagem	2.861	16.815	76.016	15.660	4.304	115.656
Visitador sanitário	110	3.239	1.760	208	118	5.435
Outro pessoal de enfermagem(***)	2.845	13.622	35.743	12.804	7.948	72.962
Agente de saúde	6.011	14.264	9.965	4.360	2.975	37.575
Trabalhadores braçais do setor saúde	4.500	17.736	46.703	13.368	5.774	88.081

Fonte: Rais/MTE

* 76 empregos não informam região.

** inclui 2.661 auxiliares de enfermagem do trabalho.

*** inclui denominações assinadas em carteiras de trabalho como parceira prática, instrumentador de cirurgia, auxiliar de banco de sangue, outros trabalhadores de enfermagem e semelhantes não especificados. Estes últimos constituem a maioria, somando 55.279 dos 72.962 postos classificados neste trabalho como outros.

Tabela 14b

Índices de participação percentual das Regiões nos empregos de pessoal da área de enfermagem, segundo categoria (todos os setores de atividade econômica). Brasil, 31 de dezembro de 1996.

Categoria	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total(*)
Enfermeiros	3,73	24,85	51,23	14,60	5,59	100,00
Auxiliar de enfermagem(**)	3,29	19,04	54,26	16,83	6,58	100,00
Atendente de enfermagem	2,48	14,54	65,72	13,54	3,72	100,00
Visitador sanitário	2,02	59,60	32,38	3,83	2,17	100,00
Outro pessoal de enfermagem(***)	3,91	18,68	48,98	17,54	10,89	100,00
Agente de saúde	16,00	37,96	26,52	11,60	7,92	100,00
Trabalhadores braçais do setor saúde	5,11	20,14	53,01	15,18	6,56	100,00

Fonte: Rais/MTE

* 0,02% não informam região.

** inclui 2.661 auxiliares de enfermagem do trabalho.

*** inclui denominações assinadas em carteiras de trabalho como parceira prática, instrumentador de cirurgia, auxiliar de banco de sangue, outros trabalhadores de enfermagem e semelhantes não especificados. Estes últimos constituem a maioria, somando 55.279 dos 72.962 postos classificados neste trabalho como outros.

que o do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que acusava 144.665 profissionais registrados como atendentes de enfermagem no país no final do exercício de 1997. Ademais da natureza distinta das duas informações – num caso, o da Rais, estamos falando de empregos; no outro, o do Cofen, de profissionais registrados – haveria que se investigar, para o caso da informação do Cofen, a possibilidade de registros não atualizados, baixas não registradas, etc.

De qualquer forma, apesar de subestimados, os números da Rais são compatíveis com as projeções a partir dos dados da AMS. Conforme esta última fonte, os postos de trabalho de atendentes baixaram de 194.174 em 1982 para 144.356 em 1992 (variação negativa de 25%). Nos dias de hoje, em se continuando a tendência de variação negativa do emprego de atendentes, estes não somariam mais que 120 mil postos de trabalho.

Distribuição por unidade da Federação

As tabelas 15a e 15b (págs. 63 e 64) apresentam os dados da distribuição das especialidades ocupacionais da enfermagem por Estados. Vale a pena registrar a altíssima concentração de atendentes em São Paulo, que detém praticamente a metade dos empregos dessa categoria. Cerca de 33% dos enfermeiros e 32% dos auxiliares de enfermagem se concentram em São Paulo. O Estado de Minas Gerais se destaca pela maior proporção de agentes de saúde pública.

Escolaridade Formal das Especialidades Ocupacionais da Enfermagem

A Tabela 16 (pág. 59) apresenta o perfil de escolaridade das especialidades ocupacionais de maior frequência de emprego nos serviços médicos.

Os trabalhadores de especialidades

Tabela 15a
Distribuição de empregos de especialidades ocupacionais da enfermagem e correlatas por categoria profissional, segundo unidade da Federação. Brasil, 1996.

UF	Enfermeiro	Auxiliar de enfermagem	Atendente de enfermagem	Visitador sanitário	Outro pessoal de enfermagem	Agente de saúde pública
RO	269	1.152	148	60	269	1.218
AC	242	169	31	0	341	680
AM	709	2.565	1.689	11	279	430
RR	7	58	8	0	22	101
PA	1.088	2.715	788	35	1.772	2.966
AP	112	160	76	0	49	141
TO	86	467	121	4	113	475
MA	513	2.937	824	107	447	1.745
PI	1.931	1.289	596	9	694	1.900
CE	2.367	6.083	3.792	1.174	2.913	3.069
RN	393	1.561	809	78	629	800
PB	906	2.649	1.338	10	515	415
PE	2.761	11.272	2.907	491	1.544	966
AL	633	1.714	2.220	24	3.095	622
SE	837	1.761	664	25	468	1.794
BA	6.384	12.926	3.665	1.321	3.317	2.953
MG	5.540	20.612	14.491	626	8.019	6.140
ES	883	3.847	1.572	33	1.163	249
RJ	6.005	27.070	3.773	91	8.265	1.103
SP	22.069	68.723	56.180	1.010	18.293	2.473
PR	2.967	11.915	6.520	118	3.720	2.649
SC	2.200	4.769	3.546	32	2.075	633
RS	4.663	20.619	5.594	58	7.008	1.078
MS	424	1.597	1.385	16	475	587
MT	596	1.905	1.121	51	571	698
GO	1.330	4.325	1.293	48	3.699	1.298
DF	1.411	6.756	505	3	3.203	392
Ignorado	6	22	30	0	18	1
Total	67.332	221.638	115.686	5.435	72.976	37.576

Fonte: Rais/MTE

Tabela 15b

Distribuição percentual de empregos de especialidades ocupacionais da enfermagem e correlatas por categoria profissional segundo unidade da federação. Brasil, 1996.

UF	Enfermeiro	Auxiliar de enfermagem	Atendente de enfermagem	Visitador sanitário	Outro pessoal de enfermagem	Agente de saúde pública
RO	0,40	0,52	0,13	1,10	0,37	3,24
AC	0,36	0,08	0,03	0,00	0,47	1,81
AM	1,05	1,16	1,46	0,20	0,38	1,14
RR	0,01	0,03	0,01	0,00	0,03	0,27
PA	1,62	1,22	0,68	0,64	2,43	7,89
AP	0,17	0,07	0,07	0,00	0,07	0,38
TO	0,13	0,21	0,10	0,07	0,15	1,26
MA	0,76	1,33	0,71	1,97	0,61	4,64
PI	2,87	0,58	0,52	0,17	0,95	5,06
CE	3,52	2,74	3,28	21,60	3,99	8,17
RN	0,58	0,70	0,70	1,44	0,86	2,13
PB	1,35	1,20	1,16	0,18	0,71	1,10
PE	4,10	5,09	2,51	9,03	2,12	2,57
AL	0,94	0,77	1,92	0,44	4,24	1,66
SE	1,24	0,79	0,57	0,46	0,64	4,77
BA	9,48	5,83	3,17	24,31	4,55	7,86
MG	8,23	9,30	12,53	11,52	10,99	16,34
ES	1,31	1,74	1,36	0,61	1,59	0,66
RJ	8,92	12,21	3,26	1,67	11,33	2,94
SP	32,78	31,01	48,56	18,58	25,07	6,58
PR	4,41	5,38	5,64	2,17	5,10	7,05
SC	3,27	2,15	3,07	0,59	2,84	1,68
RS	6,93	9,30	4,84	1,07	9,60	2,87
MS	0,63	0,72	1,20	0,29	0,65	1,56
MT	0,89	0,86	0,97	0,94	0,78	1,86
GO	1,98	1,95	1,12	0,88	5,07	3,45
DF	2,10	3,05	0,44	0,06	4,39	1,04
Ignorado	0,01	0,01	0,03	0,00	0,02	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Rais/MTE

administrativas detêm, em geral, melhor perfil de escolaridade, ao passo que são as ocupações empregadas em atividades de conservação e limpeza que apresentam os piores níveis de escolaridade (70% destes não completaram o primeiro grau). Com relação ao pessoal de enfermagem observa-se que 24% destes não completaram o 1º grau.

A Tabela 17 (pág. 65) mostra aspectos da distribuição de escolaridade do pessoal de enfermagem e dos trabalhadores braçais nas diversas Regiões do país.

As Regiões Norte e Nordeste apresentam os melhores índices de pessoal de enfermagem com escolaridade de 2º grau completo (58% e 59% do pessoal, respectivamente). O Sudeste e o Sul são as Regiões nas quais é menor o peso do pessoal com 2º grau completo (36% e 35%).

Os trabalhadores braçais do setor saúde apresentam níveis de escolaridade significativamente menores que o pessoal de enfermagem. Em termos de média nacional, apenas 14,81% dos braçais possuem segundo grau completo (contra 40,62% do pessoal de enfermagem).

Distribuição por Gênero e Idade

A tabela 18 apresenta dados da distribuição de gênero do pessoal de enfermagem e trabalhadores braçais da saúde nas diversas faixas etárias.

O contingente de empregos de pessoal de enfermagem, conforme se sabe, se caracteriza pela predominância feminina. A tendência ao aumento da participação dos homens na força de trabalho em enfermagem identificada nos anos 70 e 80 é reforçada pela observação de que a participação masculina cresce na direção das faixas mais tenras de idade.

Tabela 16**Especialidades ocupacionais de maior frequência de emprego nos serviços médicos, segundo grau de escolaridade. Brasil, 1996.**

	até 8ª série		2º Grau incompleto		2º Grau completo		total	
	incompleta	%		%		%		%
Pessoal Enfermagem	62.942	25%	88.327	34%	105.668	41%	256.937	100
Auxiliar de escritório	7.651	15%	14.898	29%	29.099	56%	51.648	100
Recepcionista	15.794	17%	30.902	34%	45.199	49%	91.895	100
Trabalhadores em serventia	3.442	64%	1.373	25%	580	11%	5.395	100
Trabalhadores em construção e edificações	49.277	70%	16.412	23%	4.693	7%	70.382	100
trabalhadores braçais outros	4.489	59%	2.406	32%	668	9%	7.563	100
Não identificado	4.065	44%	2.790	31%	2.265	25%	9.120	100
Total(*)	147.660	30%	157.108	32%	188.172	38%	492.940	100

Fonte: Rais/MTE

* total das categorias discriminadas. O número total de empregados que não têm o primeiro grau completo nos serviços médicos e hospitalares é de 264.442 pessoas.

Tabela 17**Pessoal de enfermagem empregado em todos os setores da economia e trabalhadores braçais do setor saúde: composição de escolaridade por região geográfica. Brasil, 1996.**

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
Pessoal de Enfermagem						
Analfabeto	0,51	1,40	0,95	0,91	0,70	0,98
4ª série incompleta	1,53	1,79	2,44	1,64	1,50	2,09
4ª série completa	3,01	3,60	10,52	7,50	5,51	8,23
8ª série incompleta	6,34	8,15	14,32	14,29	15,27	13,17
8ª série completa	18,13	14,43	24,51	24,23	15,11	21,83
2º grau incompleto	11,57	9,92	11,88	15,89	14,99	12,51
2º grau completo	58,13	59,22	35,08	35,01	46,52	40,62
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Trabalhadores braçais do setor saúde						
Analfabeto	1,69	4,36	3,19	2,69	3,67	0,00
4ª série incompleta	24,02	16,50	16,72	13,73	13,82	11,11
4ª série completa	11,47	14,41	29,09	21,45	26,15	11,11
8ª série incompleta	15,56	20,51	21,53	28,84	26,26	14,81
8ª série completa	24,80	21,76	18,00	20,16	16,64	14,81
2º grau incompleto	6,04	6,65	4,50	6,64	6,41	7,41
2º grau completo	15,40	14,25	6,43	5,90	6,58	14,81
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Rais/MTE

A tabela 19 mostra a distribuição etária do pessoal de enfermagem nas diversas faixas de escolaridade. Trata-se, em geral, de uma estrutura ocupacional jovem, conforme se pode ver.

A moda de faixa etária para

ambos, pessoal de enfermagem e trabalhadores braçais, situa-se entre 30 e 39 anos de idade (37,01% do pessoal de enfermagem e 34,68% dos braçais nos serviços de saúde e 34,88% do pessoal de enfermagem na

Tabela 18**Distribuição por gênero dos vínculos de pessoal de enfermagem empregado em todos os setores da economia e trabalhadores braçais do setor saúde, segundo faixa de idade. Brasil, 1996.**

Faixa etária	Pessoal de Enfermagem		Trabalhadores braçais	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
18 a 24	21,16	78,84	42,79	57,21
25 a 29	19,97	80,03	28,22	71,78
30 a 39	14,52	85,48	15,83	84,17
40 a 49	9,36	90,64	10,99	89,01
50 a 64	9,15	90,85	19,12	80,88
65 ou mais	18,49	81,51	52,67	47,33
Todas	14,74	85,26	19,54	80,46

Fonte: Rais/MTE

Tabela 19

Distribuição percentual do pessoal de enfermagem empregado e dos trabalhadores braçais do setor saúde por faixa etária, segundo nível de escolaridade formal. Brasil, 1996.

Faixa etária	Pessoal de enfermagem nos serviços de saúde	pessoal de enfermagem na administração pública	trabalhadores braçais nos serviços de saúde
18 a 24	13,19	5,54	9,91
25 a 29	17,26	10,65	12,66
30 a 39	37,01	34,88	34,68
40 a 49	23,85	32,31	28,25
50 a 64	8,24	15,65	13,57
65 ou mais	0,35	0,85	0,77
Ignorado	0,10	0,19	0,17
Todas	100,00	100,00	100,00

Fonte: Rais/MTE

administração pública).

É bastante expressivo o contingente de trabalhadores menores de 40 anos (67,46% do pessoal de enfermagem empregado em serviços de saúde, 57,24% dos braçais do setor e 51,07% do pessoal de enfermagem na administração pública).

A Tabela 20 sintetiza o panorama dos mercados de trabalho de pessoal de enfermagem e trabalhadores braçais na área da saúde.

Um primeiro enunciado bastante genérico que se pode fazer é que os empregados como pessoal de enfermagem são mais jovens (idade média de 36 contra 38 anos), são melhor remunerados (percebem em média o dobro em salários), trabalham em média 2 (duas) horas semanais a menos e possuem empregos com maior duração média em anos (5,4 contra 4,8) do que os trabalhadores braçais em saúde.

Explorando a conexão escolaridade com os indicadores é interessante notar:

a) escolaridade e idade média têm relação inversa em ambas as categorias: os empregados menos escolarizados costumam ser mais idosos enquanto os mais escolarizados são mais jovens.

b) salários e escolaridade caminham no mesmo sentido em ambas as categorias: os trabalhadores mais escolarizados percebem maiores salários e vice-versa.

c) a carga horária de trabalho não se modifica com a escolaridade.

d) escolaridade e tempo médio de emprego guardam relação inversa: os mais escolarizados detêm empregos de menor duração em anos.

A Tabela 21 (pág.68) apresenta os dados de remuneração média dos trabalhadores da área de enfermagem

Tabela 20

Mercado de trabalho de pessoal de enfermagem trabalhadores braçais do setor saúde: indicadores selecionados. Brasil, 1996.

Escolaridade	Idade média		Salário médio (em salários mínimos)		Horas contratadas		Tempo médio no emprego (em anos)	
	Pessoal Enferm.	Trab. braçais	Pessoal Enferm.	Trab. braçais	Pessoal Enferm.	Trab. braçais	Pessoal Enferm.	Trab. braçais
Analfabeto	37	43	3,75	2,08	39	41	sd	sd
4ª série incompleta	43	42	3,90	2,39	39	41	9,48	6,37
4ª série completa	41	39	4,13	2,27	39	41	8,20	5,04
8ª série incompleta	37	36	4,03	2,28	40	41	6,34	4,10
8ª série completa	37	37	4,49	2,23	39	40	5,85	4,76
2º grau incompleto	34	33	4,20	2,19	39	41	5,05	3,16
2º grau completo	33	33	4,54	2,23	39	41	4,26	3,86
Total	36	38	4,36	2,27	39	41	5,48	4,87

Fonte: Rais/MTE

Tabela 21

Salários médios de pessoal de enfermagem e trabalhadores braçais (em salários mínimos) segundo classificação selecionada. Brasil, 1996.

Escolaridade	Salário médio serviços de saúde São Paulo		Salário médio serviços de saúde Brasil		Salário médio administ. pública Brasil	
	Pessoal Enferm.	Trab. braçais	Pessoal Enferm.	Trab. braçais	Pessoal Enferm.	Trab. braçais
Analfabeto	3,75	2,08	2,80	-	5,36	2,84
4ª série incompleta	3,90	2,39	2,50	-	4,93	3,18
4ª série completa	4,13	2,27	3,25	-	5,13	3,03
8ª série incompleta	4,03	2,28	3,34	-	5,42	3,00
8ª série completa	4,49	2,23	3,54	-	5,79	3,05
2º grau incompleto	4,20	2,19	3,39	-	5,79	3,03
2º grau completo	4,54	2,23	3,50	-	6,26	3,59
Total	4,36	2,27	3,40	-	5,76	3,07

Fonte: Rais/MTE

e braçais no setor de serviços de saúde e na administração pública para o Brasil e os salários praticados no setor da saúde em São Paulo.

Em média, os salários praticados no setor de serviços de saúde para pessoal de enfermagem foram 92% mais altos que os praticados para os trabalhadores braçais. Os salários de pessoal de enfermagem do setor saúde foram, em média, 28% superiores ao da administração pública. O setor de serviços de saúde do Estado de São Paulo praticou salários superiores à média do país, tanto para pessoal de enfermagem (32% mais altos em São Paulo, na média) quanto para os trabalhadores braçais (35% mais altos, na média; e 60% mais altos para os com segundo grau completo).

A Conexão Escolaridade - Renda nos Mercados de Trabalho de Enfermagem

O grau de instrução tem sido apontado, em diversos estudos sobre a economia do trabalho, como o fator que isoladamente detém maior importância na previsibilidade de renda do trabalhador individual⁵. Pode-se chamar de prêmio salarial por instrução ao montante da variação salarial correspondente a uma mudança de grau educacional. Em outro lugar, observamos uma correlação positiva entre níveis de instrução e salários, em ambos os sexos, para os mercados de trabalho setorial da saúde e para a economia

brasileira em geral⁶. Observamos, então, com relação ao total de admissões realizadas na saúde durante o ano de 1996, que o prêmio salarial da passagem da 4ª série do primeiro grau para o primeiro grau completo correspondeu a cerca de 11%; do primeiro grau para o segundo grau completo, a cerca de 25%; e do segundo grau completo para o nível universitário, a cerca de 161%. Maiores prêmios salariais estavam associados à passagem pela Universidade e pareciam comparativamente pequenos os estímulos (em termos de custo/oportunidade) para a "profissionalização" em segundo grau.

Nos mercados ocupacionais de pessoal de enfermagem e trabalhadores braçais da saúde a situação não é melhor. Com relação ao estoque de admitidos a situação é até mesmo pior, como se pode ver à análise dos dados da tabela 17.

Nos seis primeiros meses de 1998, os salários dos admitidos no setor de serviços de saúde como pessoal de enfermagem com 8ª série completa foram 20,6% superiores aos dos que não possuíam qualquer escolaridade, e 14,7% superiores para os que tinham segundo grau completo em relação aos que detinham apenas o

5. Ver *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1995: O trabalhador e o processo de integração mundial*. Washington DC: Banco Mundial, 1995.

6. Ver *Boletim de Análise do Mercado de Trabalho em Saúde*, Ano 2, No.3, Abril/97, Ministério da Saúde do Brasil.

Tabela 22

Remuneração média em salários mínimos de especialidades ocupacionais da enfermagem por categoria, segundo unidade da Federação. Brasil, 1996.

UF	Enfermeiro	Auxiliar de enfermagem	Atendente de enfermagem	Visitador sanitário	Outro pessoal de enfermagem	Agente de saúde pública
RO	8,06	2,88	1,54	1,59	1,48	6,23
AC	25,39	4,51	1,44	0,00	4,83	4,38
AM	10,66	3,64	3,06	3,72	3,48	6,55
RR	13,41	3,75	2,96	nc	1,21	7,49
PA	6,78	2,93	1,99	2,77	2,12	3,86
AP	6,22	2,76	2,12	nc	3,92	8,20
TO	3,16	2,17	1,79	1,47	1,97	7,27
MA	7,75	1,86	2,08	2,25	1,76	6,23
PI	6,26	2,07	1,09	nc	1,98	2,57
CE	6,76	2,42	1,76	1,20	1,47	2,79
RN	4,65	1,92	1,49	1,29	2,32	4,83
PB	2,85	1,70	1,36	nc	1,35	6,81
PE	5,28	2,34	2,03	6,14	2,02	4,46
AL	6,86	2,44	1,72	0,99	2,03	4,05
SE	7,10	2,00	1,64	1,94	3,49	2,62
BA	9,17	3,41	2,34	0,70	3,02	6,13
MG	7,72	3,61	3,16	3,36	2,72	4,42
ES	7,14	4,16	2,78	4,76	3,38	6,74
RJ	8,30	3,40	2,31	3,19	3,81	5,11
SP	12,28	6,12	3,95	3,70	5,18	5,50
PR	8,95	4,41	3,15	3,06	3,08	4,08
SC	8,71	4,35	3,27	6,40	3,51	4,76
RS	12,94	5,63	3,56	3,69	3,52	3,65
MS	6,31	3,44	2,83	2,31	3,08	8,38
MT	7,10	3,25	2,65	2,65	2,42	4,96
GO	4,97	2,46	1,93	2,27	2,30	5,30
DF	21,72	11,18	5,05	2,76	8,42	14,47
Ignorado	3,25	1,85	0,94	Nc	1,32	0,37
Total	9,91	4,62	3,32	2,46	3,78	4,73

Fontes: Rais/MTE - PROFAE/MS

primeiro grau. Os prêmios para trabalhadores braçais foram ainda menores: 8,2% a mais para os que detinham 8ª série completada sobre os que não detinham escolaridade e 5,8% a mais para os que detinham segundo grau completo sobre os que detinham 8ª série completa.

Remuneração Média das Especialidades Ocupacionais da Enfermagem

A Tabela 22 apresenta dados da remuneração média das especialidades ocupacionais da enfermagem por Estado. O Distrito Federal, São Paulo e o Rio Grande do Sul exibem os melhores salários para auxiliares de enfermagem, o mesmo podendo ser dito em relação aos atendentes.

Na média nacional, os salários de auxiliares de enfermagem mostraram-se 40% superiores aos dos atendentes

(54% a mais em São Paulo e 121% no Distrito Federal). Essa diferença salarial de aproximadamente 40 a 50% entre os salários de auxiliares de enfermagem e atendentes mantém-se independentemente dos níveis de escolarização destas ocupações, o que indica uma determinação de níveis salariais vinculada à especialidade ocupacional (cf. Tabela 23, pág. 69).

A Tabela 23 apresenta também os dados de remuneração média de categorias da enfermagem ao lado de categorias administrativas e de serviços, de acordo com a escolaridade do empregado. A tendência de progressão dos salários com o aumento da escolaridade se mantém na maioria absoluta dos casos.

5- O Mercado dos Atendentes de Enfermagem

Apesar da proibição legal da

Tabela 23
Remuneração média em salários mínimos de especialidades ocupacionais da saúde selecionadas por categoria, segundo grau de escolaridade. Brasil, 1996.

Categoria	4ª série			
	Analfabeto completa	8ª série completa	2º Grau completo	
Técnico de laboratório de análises clínicas	4,29	4,42	6,74	5,40
Laboratorista (análises clínicas)	4,80	4,71	4,77	5,13
Operador de raios-X	5,87	6,44	6,37	6,57
Operadores de equipamentos médicos e odontológicos (outros)	3,72	4,23	4,66	4,73
Agente administrativo	3,02	3,21	4,94	6,10
Agente de saúde pública	3,35	5,36	4,11	3,98
Auxiliar de escritório em geral	3,26	3,15	3,38	3,78
Recepcionista de consultório médico ou dentário	2,19	2,39	2,29	2,22
Copeiro (hospital)	2,14	2,53	2,59	2,58
Trab. de serviços gerais (serv. de conservação manutenção e limpeza).	1,47	1,76	1,77	1,95
Faxineiro	2,04	2,07	2,15	2,40
Out trab serv de conserv, limpeza de edificios, logradouros publicos	1,94	2,07	2,17	2,29
Auxiliar de enfermagem, em geral	3,98	4,38	4,63	4,63
Atendente de enfermagem	2,89	3,52	3,32	3,07
Visitador sanitario	2,17	4,34	1,14	2,64
Auxiliar de banco de sangue	4,81	5,73	6,01	5,00
Instrumentador de cirurgia	4,96	5,08	5,31	4,46
Parteira prática	1,40	3,03	3,04	2,77
Auxiliar de laboratorio de analises clinicas	2,83	3,32	3,15	3,12
Auxiliar de laboratorio de analises fisico-quimicas	3,82	5,85	4,82	4,33
Outro pessoal de enfermagem, parteiras e trab. assem. (exceto enfermeiro)	2,60	3,38	3,73	4,20
Total	2,15	2,37	3,18	4,30

Fontes: Rais/MTE - PROFAE/MS

contratação de atendentes de enfermagem e da diretriz da conversão dos estoques ainda existentes nos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde, seus estoques constituem ainda um considerável contingente da força de trabalho na área de enfermagem. De fato, informa-se a existência de 115.686 pessoas empregadas na ocupação de atendentes na economia brasileira. O estado de São Paulo detém praticamente a metade dos atendentes, com 56.180 empregados na categoria. Minas Gerais, bem atrás, aparece em segundo lugar, com 14.491 atendentes.

A Tabela 24 (pág. 70) apresenta alguns indicadores gerais que revelam os aspectos mais relevantes da estrutura desse mercado ocupacional.

Observa-se que 86,6% das atendentes são mulheres com idade média de 39 anos. A idade média dos atendentes homens é inferior a das mulheres (36 anos). Os

atendentes de São Paulo têm idade média maior que a média nacional, 41 anos para as mulheres e 37 anos para os homens. Os estados de Roraima e Tocantins e o Distrito Federal destacam-se por deterem atendentes relativamente mais jovens.

Apesar de serem minoria, os homens apresentaram, em média, salários ligeiramente maiores que as mulheres mesmo quando estes eram ajustados pelas cargas horárias trabalhadas ou níveis de escolaridade. O Distrito Federal destaca-se pelos melhores níveis salariais de atendentes para ambos os sexos, mas é também esta a unidade da Federação que apresenta a maior disparidade salarial de gênero em favor dos homens (6,13 salários mínimos, em média, para os homens e 4,82 para as mulheres).

A média de horas semanais contratadas dos atendentes de enfermagem situou-se em 39 horas para o Brasil como um todo (40 horas nos Estados do Sudeste; mais de 40 horas

no Centro-Oeste; de 30 a 40 horas no Norte; de 35 a 40 horas no Nordeste).

O tempo médio de emprego dos atendentes, contado em meses, situou-se em 87,4 meses para o Brasil como um todo. O Estado de Roraima (34,5 meses) e o Distrito Federal (38,6 meses)

apresentam os empregos de menor duração, ao passo que o Amazonas (149,4 meses) e o Acre (125,6 meses) situam-se no pólo oposto.

Estudo elaborado pelo consultor Sábado Nicolau Girardi.

Tabela 24
Indicadores do mercado de trabalho de atendentes por unidade da Federação. Brasil, 1996.

UF	Índice Participação Feminina	Idade Média Homens	Idade Média Mulheres	Salário Médio Homens	Salário Médio Mulheres	Horas Semanais Contratadas	Tempo médio de Emprego em meses
RO	81,08	34	34	1,58	1,53	40	47,0
AC	96,77	38	42	1,90	1,43	32	125,6
AM	85,49	40	42	3,07	3,06	30	149,4
RR	87,50	27	29	3,79	2,85	34	34,5
PA	85,41	30	36	1,95	2,00	38	65,4
AP	76,32	35	34	2,26	2,08	37	77,3
TO	90,91	23	32	1,68	1,80	42	42,3
MA	88,59	30	35	2,87	1,97	41	58,7
PI	90,60	34	36	1,31	1,07	37	83,1
CE	91,30	36	39	1,90	1,75	36	115,9
RN	92,46	33	35	1,49	1,49	40	90,6
PB	89,84	36	38	1,71	1,32	35	112,1
PE	91,54	35	39	2,15	2,02	39	114,7
AL	89,77	36	39	1,84	1,70	33	122,4
SE	86,45	35	37	1,79	1,62	40	96,3
BA	86,03	31	37	3,24	2,20	39	86,4
MG	85,80	34	38	3,17	3,15	41	76,7
ES	90,52	34	38	2,92	2,77	40	85,0
RJ	83,41	36	40	2,54	2,27	41	97,3
SP	85,31	37	41	4,01	3,94	39	86,2
PR	89,42	34	38	3,40	3,12	39	71,0
SC	91,12	32	36	3,38	3,26	42	69,8
RS	88,13	38	42	3,82	3,52	39	107,9
MS	86,43	34	39	3,10	2,78	41	76,9
MT	87,24	30	36	2,59	2,66	39	53,8
GO	92,03	32	35	2,28	1,90	42	62,0
DF	81,98	28	31	6,13	4,82	43	38,6
Ignorado	90,00	36	39	1,22	0,91	40	107,0
Total	86,64	36	39	3,52	3,29	39	87,4

Fontes: Rais/MTE

Tabela 25**Distribuição dos empregos de atendentes de enfermagem segundo faixa de escolaridade, por unidade da Federação. Brasil, 1996.**

UF	Analfabeto	4ª série incompleta	4ª série completa	8ª série incompleta	8ª série completa	2º Grau incompleto	2º Grau completo	total
RO	4,11	16,44	32,88	21,92	12,33	4,79	6,85	100,00
AC	3,23	45,16	19,35	9,68	9,68	3,23	3,23	100,00
AM	2,61	1,78	4,74	7,93	24,93	22,20	34,64	100,00
RR	0,00	0,00	0,00	12,50	0,00	0,00	87,50	100,00
PA	1,40	3,05	8,26	15,63	21,22	14,23	31,13	100,00
AP	0,00	7,89	5,26	10,53	23,68	32,89	19,74	100,00
TO	0,83	0,00	3,31	18,18	10,74	15,70	49,59	100,00
MA	1,46	2,07	5,71	10,09	18,83	12,88	46,42	100,00
PI	2,02	10,44	9,26	11,45	19,36	9,76	34,18	100,00
CE	1,35	3,41	5,28	10,40	27,22	10,06	37,39	100,00
RN	1,36	3,72	8,05	22,55	15,99	15,49	27,88	100,00
PB	12,04	10,77	11,37	15,48	12,04	11,59	23,34	100,00
PE	1,27	5,99	16,59	20,03	23,57	9,22	20,51	100,00
AL	1,22	18,92	15,59	17,12	16,53	8,92	18,20	100,00
SE	1,51	3,02	7,10	14,65	24,17	20,39	24,77	100,00
BA	1,70	4,05	8,81	16,16	21,77	10,12	33,33	100,00
MG	0,73	3,05	15,49	23,86	22,11	10,84	17,24	100,00
ES	2,16	3,37	12,60	15,98	24,51	10,25	30,30	100,00
RJ	0,98	3,22	15,00	15,90	24,60	7,53	29,41	100,00
SP	0,90	3,26	13,52	14,11	34,07	5,93	23,94	100,00
PR	0,42	3,77	12,57	21,19	29,11	15,30	15,30	100,00
SC	0,45	3,85	16,38	19,30	28,71	12,50	15,93	100,00
RS	1,50	4,44	15,98	25,93	24,92	12,58	12,58	100,00
MS	0,43	5,13	8,59	29,39	29,53	12,64	13,00	100,00
MT	0,45	7,41	14,29	20,18	15,71	14,11	21,52	100,00
GO	2,17	2,94	10,99	17,65	22,21	16,49	25,70	100,00
DF	1,00	1,80	5,61	33,67	20,24	9,62	26,65	100,00
Ignorado	6,67	3,33	0,00	26,67	6,67	16,67	30,00	100,00
Total	1,13	3,91	13,20	17,03	28,69	9,02	22,95	100,00

Fontes: Rais/MTE - PROFAE/MS

Tabela 26**Atendentes por porte de empregados do estabelecimento: distribuição percentual segundo unidade da Federação. Brasil**

UF	de 1 a 4	de 5 a 9	de 10 a 19	de 20 a 49	de 50 a 99	de 100 a 249	de 250 a 499	de 500 a 999	1.000 ou mais
RO	1,35	4,73	18,92	18,24	0,00	13,51	33,11	10,14	0,00
AC	6,45	3,23	0,00	64,52	0,00	16,13	9,68	0,00	0,00
AM	0,41	0,36	0,53	0,83	2,84	1,12	3,08	5,86	84,96
RR	25,00	0,00	12,50	0,00	0,00	62,50	0,00	0,00	0,00
PA	5,46	4,19	8,50	29,70	12,44	14,34	9,26	7,99	8,12
AP	2,63	0,00	2,63	1,32	0,00	11,84	40,79	1,32	39,47
TO	0,83	21,49	23,14	23,14	20,66	9,92	0,83	0,00	0,00
MA	6,19	4,49	14,81	38,96	0,61	12,50	15,78	1,46	5,22
PI	13,42	13,09	9,06	15,77	13,93	12,92	13,76	6,04	2,01
CE	6,62	2,11	3,77	11,00	10,86	16,32	10,55	5,85	32,91
RN	5,93	3,09	4,08	17,31	13,10	36,96	12,86	1,98	4,70
PB	4,48	2,24	3,36	12,03	5,01	24,44	18,91	6,73	22,80
PE	5,71	5,40	4,20	14,04	12,83	22,57	12,25	8,81	14,21
AL	2,84	1,26	0,77	8,20	10,23	12,34	20,00	10,09	34,28
SE	4,52	0,60	4,37	7,23	15,96	21,69	13,70	7,23	24,70
BA	5,38	2,73	5,24	17,11	15,53	15,93	16,78	11,90	9,41
MG	1,17	0,89	3,13	13,54	16,02	26,64	14,61	8,05	15,94
ES	6,49	3,18	1,97	11,96	19,91	14,82	11,07	22,20	8,40
RJ	11,90	4,98	4,08	7,37	12,46	15,64	11,79	13,89	17,89
SP	1,13	0,92	1,64	3,84	4,89	12,26	12,31	11,43	51,58
PR	3,54	2,99	9,37	13,90	11,60	24,75	12,93	8,57	12,35
SC	4,00	3,21	8,71	12,80	16,07	23,66	18,36	9,48	3,69
RS	2,41	2,70	6,15	14,78	13,12	17,89	20,54	10,39	12,01
MS	1,95	3,90	5,13	16,61	10,18	31,77	6,06	2,09	22,31
MT	1,69	4,01	12,40	22,21	11,86	21,14	19,00	7,58	0,09
GO	2,17	9,74	16,47	17,79	14,15	21,96	10,98	4,10	2,63
DF	19,41	1,78	8,32	8,32	0,20	1,98	4,36	0,00	55,64
Ignorado	56,67	0,00	0,00	43,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	2,64	1,89	3,62	8,87	9,07	16,65	13,35	10,05	33,87

Fontes: Rais/MTE - PROFAE/MS

Legislação PROFAE

Conselho Nacional de Educação reconhece o nível técnico para a qualificação profissional de auxiliar de enfermagem

Segundo o parecer da Câmara de Educação Básica, o requisito para ingresso na Qualificação Profissional de Nível Técnico para o Auxiliar de Enfermagem é a conclusão do ensino fundamental. A qualificação profissional oferecida pelo PROFAE integrará o itinerário de profissionalização do Técnico de Enfermagem.

Com a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e o Decreto nº 2.208/98, surgiu em meio à sociedade uma interpretação de que o curso de auxiliar de enfermagem pertenceria ao nível básico da educação profissional (segundo o texto legal, são três os níveis: básico, técnico e tecnológico). Se isso fosse verdade, o curso seria livre de qualquer exigência de regulamentação do setor educacional, ficando a carga horária e os conteúdos programáticos, por exemplo, a inteiro critério de quem se dispusesse a oferecê-lo.

O Ministério da Saúde, preocupado com a qualidade dos cursos que poderiam ser oferecidos e com as implicações que a falta de qualidade poderia ter no desenvolvimento do PROFAE, fez uma consulta formal ao Ministério da Educação (MEC).

Em sua resposta, o MEC considerou o fato de a profissão de auxiliar de enfermagem ser regulamentada e formalmente reconhecida, e de ser uma ocupação que lida diretamente com a população em situações de risco, e indicou que o curso de auxiliar de enfermagem deveria ser uma qualificação profissional de nível técnico, com regras a serem seguidas,

nos termos do Parecer CNE/CEB n.º 16/99 e da Resolução CNE/CEB n.º 04/99. Enfatizou, ainda, que não poderia ser um curso de nível básico, por natureza, essencialmente "não formal" e não regulamentado.

O parecer nº 10/2000 da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação estipula que o requisito para entrada nos cursos de auxiliar de enfermagem é a conclusão do ensino fundamental. Diz o parecer que: "(...) o curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem integra itinerário de profissionalização do Técnico de Enfermagem. Como tal, pode ser oferecido tanto como módulo do curso de Técnico de Enfermagem, quanto como curso específico de nível técnico para Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, como proposto pelo PROFAE (...)".

A decisão do Conselho Nacional de Educação foi muito importante para o desenvolvimento do PROFAE e para o alcance de seus objetivos de melhorar a qualidade da atenção à saúde da população. Com a decisão, ganharam também os trabalhadores, que poderão continuar sua formação após a conclusão do ensino médio e obter o diploma de técnico de

enfermagem, sem precisar repetir a carga horária cumprida no curso de qualificação profissional.

A seguir, a transcrição integral do parecer 10/2000 da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação.

I - Relatório:

Em 31 de janeiro do corrente, através do ofício CGEP/SEMTEC/MEC nº 123, o Prof. Ruy Leite Berger Filho, Secretário de Educação Média e Tecnológica do MEC, solicitou providências deste colegiado no sentido de orientar os órgãos normativos estaduais quanto aos procedimentos para análise e aprovação de cursos de qualificação profissional de nível técnico, particularmente, do curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem.

2- Esta solicitação faz sentido em razão das preocupações manifestadas pelo Ministério da Saúde sobre a implantação do PROFAE - Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da área de Enfermagem, que objetiva qualificar cerca de 250.000 (duzentos e cinquenta mil) trabalhadores da área da Saúde Hospitalar que ainda não possuem a devida formação profissional.

3- O aviso ministerial nº 723/GM, de 19/11/99 (DOC. 026.693/99-84), encaminhado pelo Senhor Ministro de Estado da Saúde para o Senhor Ministro de Estado da Educação, informa que esse volume de trabalhadores sem a devida formação profissional, empregados todos em serviços públicos, privados e filantrópicos de saúde encontra-se em situação de exercício ilegal da profissão; além do mais, os coloca na "posição de agente de risco para o atendimento à saúde da população".

4- O Senhor Ministro da Saúde informa que esses trabalhadores correm o "risco iminente de perda de emprego pelo exercício ilegal da profissão", por conta, inclusive, da necessidade de "ajustar-se às demandas do mercado de trabalho

em saúde". O aviso ministerial nº 723/99 explica ainda que boa parte desses trabalhadores sequer possuem o ensino fundamental completo. Este fato orientou o PROFAE a escolher dois eixos centrais de atuação: oferta de cursos de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem e oferta de cursos de Complementação do Ensino Fundamental, pela via do "Ensino Supletivo", na modalidade de "Educação de Jovens e Adultos" (EJA).

5- De acordo com o aviso ministerial nº 723/99, o desenho curricular do curso de Auxiliar de Enfermagem proposto para o PROFAE segue as orientações da nova LDB e, na falta das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico à época da elaboração do projeto, isto é, nos anos de 1998 e 1999, seguem as Resoluções de nº 07/77 e 08/77, do antigo Conselho Federal da Educação. Em termos de escolaridade mínima para a matrícula no curso de Auxiliar de Enfermagem é exigida a conclusão do Ensino Fundamental (antigo Ensino de 1º Grau).

6- O Ministério da Saúde entende que "o PROFAE está completamente respaldado pela nova legislação educacional, como curso de Qualificação Profissional, parte do itinerário de formação do Técnico de Enfermagem".

7- O Ministério da Saúde teme que o PROFAE possa "vir a ser inviabilizado por pressões corporativas", que podem "conduzir à extinção de uma ocupação tradicionalmente reconhecida como útil e necessária na área da Saúde, qual seja a do Auxiliar de Enfermagem". Essas pressões corporativas partem "de uma visão idealizada de que seria possível transformar o mundo real do trabalhador por meio de legislação, o que inviabiliza a formação profissional do Auxiliar de Enfermagem".

8- O Senhor Ministro da Saúde informa, ainda, que tem recebido naquele ministério insistentes relatos no sentido de que:

8.1- Os cursos de Auxiliar de Enfermagem, no entendimento de que esses cursos são de "Qualificação Profissional de Nível Básico", não estão sendo autorizados pelos Conselhos Estaduais de Educação;

8.2- Os Conselhos Profissionais, em especial os Conselhos Regionais de Enfermagem, "vêm insistindo para que os órgãos educacionais exijam o Ensino Médio (antigo 2º Grau) como pré-requisito para a entrada do educando no curso de Auxiliar de Enfermagem".

9- O Senhor Ministro do Estado da Educação, em resposta ao Senhor Ministro do Estado da Saúde, fundamentado no bem lançado parecer técnico CGEP/SEMTEC/MEC nº 01/2000, através do aviso ministerial nº 051/2000, de 15/02/2000, esclarece que:

9.1- "O curso de Auxiliar de Enfermagem se enquadra na categoria de qualificação profissional de nível técnico, cujo requisito de entrada, conforme Parecer nº 016/99 do CNE-CEB, é a existência de condições para a matrícula no ensino médio", para os efeitos do PROFAE ou seja, a conclusão do ensino fundamental;

9.2- "O curso de Auxiliar de Enfermagem confere Certificação de Qualificação Técnica, cuja validade nacional está condicionada ao cadastramento do curso e respectivo plano no Sistema Nacional de Cursos de Educação Profissional, mantido por este Ministério, conforme estabelecido na Resolução CNE/CEB nº 04/99";

9.3- "Os cursos de qualificação profissional de nível técnico de Auxiliar de Enfermagem, financiados pelo PROFAE, para devida validação, deverão ser autorizados pelo Órgão Normativo do Sistema no qual se insere a Instituição formadora".

9.4- "Estão sendo tomadas providências para que o Egrégio Conselho Nacional de Educação oriente os Órgãos Normativos dos Sistemas Estaduais de Ensino, quanto à matéria em pauta".

10- Em 15 de março do corrente, o protocolado foi encaminhado a esse Conselheiro para análise e parecer orientador dos Conselhos Estaduais de Educação sobre o assunto.

II - APRECIÇÃO

1- O PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem é uma iniciativa do Ministério da Saúde, para ser desenvolvido em todo o território nacional, no período de 2000 a 2003, com o apoio financeiro do BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Ministério do Trabalho e Emprego, através do FAT - Fundo de Amparo ao Trabalhador. No que se refere à qualificação profissional dos trabalhadores de Enfermagem, o PROFAE pretende qualificar cerca de 250.000 (duzentos e cinquenta mil) Auxiliares de Enfermagem, hoje empregados sem a exigida qualificação profissional, em estabelecimentos de saúde públicos, privados e filantrópicos. O PROFAE objetiva "melhorar a qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar", tanto pela oferta de cursos de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem para esses profissionais, já empregados mas ainda não devidamente qualificados, quanto pela oferta de escolarização em nível de conclusão do Ensino Fundamental, para que os profissionais que não possuam essa escolaridade mínima exigida para freqüentar cursos de qualificação profissional de nível Técnico possam completar seus estudos de ensino fundamental, na modalidade Educação de Jovens e Adultos (EJA), para depois regularizarem sua qualificação e conseqüente situação profissional.

2- No processo de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem o PROFAE matriculará apenas trabalhadores que já possuam certificado de conclusão do ensino fundamental (antigo ensino de 1º Grau) e "sejam empregados e exercendo ações de enfermagem", ou que "estejam desempregados no mo-

mento, mas tenham trabalhado, no mínimo, 18 meses consecutivos entre 01/01/96 e 31/12/98". Aqueles "trabalhadores de enfermagem que ainda não concluíram o ensino fundamental exigido para a qualificação profissional" de Auxiliar de Enfermagem deverão, antes, concluir o exigido ensino fundamental. O PROFAE apoiará a formação de turmas em cursos na modalidade Educação de Jovens e Adultos.

3- Tem razão o Ministério da Saúde em seus receios de inviabilização de tão importante iniciativa daquele Ministério, de um lado pelas pressões corporativistas e de outro pelos eventuais desencontros de informações dos órgãos normativos dos sistemas estaduais de ensino. O assunto é bastante polêmico e foi objeto de acalorados debates nas várias audiências públicas que antecederam a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico pelo Parecer CNE/CEB nº 16/99, de 05/10/99, homologado pelo Senhor Ministro do Estado da Educação em 26/11/99, e pela Resolução CNE/CEB nº 04/99, de 08/12/99, publicada no D.O.U. de 22/12/99.

4- Mesmo após a publicação do Parecer CNE/CEB nº 16/99 e da Resolução CNE/CEB nº 04/99, o assunto ainda voltou ao debate nesta câmara, trazido por uma escola do Espírito Santo, que mereceu clara e lúcida resposta do Conselheiro Fábio Luiz Marinho Aidar, através do Parecer CNE/CEB nº 01/2000, o qual esclarece, "in fine" que, "o plano de curso de Auxiliar de Enfermagem deve pautar-se pelo Parecer CNE/CEB nº 16/99 e Resolução CNE/CEB nº 04/99, bem como pelo que dispõe sobre a matéria a legislação específica do exercício profissional, buscando garantir a aquisição das competências requeridas para o exercício legal da referida ocupação".

5- Para melhor orientar os sistemas estaduais de ensino sobre a matéria, é conveniente relembrar o que reza sobre o assunto o Parecer

CNE/CEB nº 16/99, especialmente em seu item 07 - "Organização da Educação Profissional de Nível Técnico":

a) cursos técnicos poderão ser organizados em módulos (artigo 8.º) e, "no caso de o currículo estar organizado em módulos, estes poderão ter caráter de terminalidade para efeito de qualificação profissional, dando direito, neste caso, a certificado de qualificação profissional" (§ 1.º do artigo 8.º). E mais: "os módulos poderão ser cursados em diferentes instituições credenciadas" (§ 3.º do artigo 8.º) com uma única exigência: que "o prazo entre a conclusão do primeiro e do último módulo não exceda cinco anos" (§3º do artigo 8º).

b) De acordo com esses dispositivos, a educação profissional de nível técnico contempla a habilitação profissional propriamente dita de técnico de nível médio, (artigo 3º, Inciso II e 5º), as qualificações iniciais e intermediárias (artigo 8.º e seus parágrafos); e os módulos ou cursos posteriormente desenvolvidos, complementarmente, de especialização, aperfeiçoamento e atualização (inciso III do artigo 1.º).

c) O diploma de uma habilitação profissional de técnico de nível médio, portanto, pode ser obtido por um aluno que conclua o ensino médio e, concomitante ou posteriormente, tenha concluído um curso técnico, com ou sem aproveitamento de estudos. Esse curso pode ter sido feito de uma vez, por inteiro, ou a integralização da carga horária mínima, com as competências mínimas exigidas para a área profissional objeto de habilitação, poderá ocorrer pela somatória de etapas ou módulos cursados na mesma escola ou em cursos de qualificação profissional ou etapas ou módulos oferecidos por outros estabelecimentos de ensino, desde que dentro do prazo limite de cinco anos.

d) Os cursos feitos há mais de cinco anos, ou cursos livres de educação profissional de nível básico, cursados em escolas técnicas, institui-

ções especializadas em educação profissional, ONGs, entidades sindicais e empresas, e os conhecimentos adquiridos no trabalho também poderão ser aproveitados, mediante avaliação da escola que oferece a referida habilitação profissional, à qual compete a "avaliação, reconhecimento e certificação, para prosseguimento ou conclusão de estudos" (artigo 41). A responsabilidade, neste caso, é da escola que avalia, reconhece e certifica o conhecimento adquirido alhures, considerando-o equivalente a componentes do curso por ela oferecido, respeitadas as diretrizes e normas dos respectivos sistemas de ensino.

e) Isto significa que os alunos, devidamente orientados pelas escolas e pelas entidades especializadas em educação profissional, que oferecem ensino técnico de nível médio, poderão organizar seus próprios itinerários de educação profissional. Podem fazer vários cursos de educação profissional, de nível básico ou de nível técnico. Os cursos de nível básico, para terem aproveitamento de estudos no nível técnico, deverão ter seus conhecimentos avaliados, reconhecidos e certificados pela escola recipiendária. Os cursos, etapas ou módulos de nível técnico, de escolas devidamente autorizadas independem de exames de avaliação obrigatória para que seus conhecimentos sejam aproveitados, cabendo à escola decidir sobre a necessidade de avaliação em função do currículo adotado.

f) A aquisição das competências profissionais exigidas pela habilitação profissional definida pela escola e autorizada pelo respectivo sistema de ensino, com a correspondente carga horária mínima por área profissional, acrescida da comprovação de conclusão do ensino médio, possibilita a obtenção do diploma de técnico de nível médio

g) Aquele que concluir um ou mais cursos de qualificação profissional, de forma independente ou

como módulo de curso técnico, fará jus apenas aos respectivos certificados de qualificação profissional, para fins de exercício profissional e de continuidade de estudos. Os certificados desses cursos deverão explicitar, em histórico escolar, quais são as competências profissionais objeto de qualificação que estão sendo certificadas, explicitando também, o título da ocupação. No caso das profissões legalmente regulamentadas será necessário explicitar o título da ocupação prevista em lei, bem como garantir a aquisição das competências requeridas para o exercício legal da referida ocupação.

h) A área é a referência curricular básica para se organizar e se orientar a oferta de cursos de educação profissional de nível técnico. Os certificados e diplomas, entretanto, deverão explicitar títulos ocupacionais identificáveis pelo mercado de trabalho, tanto na qualificação e na habilitação profissional, quanto na especialização. Por exemplo: Diploma de Técnico de Enfermagem - Área de Saúde; Certificado de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem - Área de Saúde; Certificado de Especialização Profissional em Enfermagem do Trabalho - Área de Saúde; Diploma de Técnico em Agroindústria - Áreas de Agropecuária e de Indústria; Diploma de Técnico em Gestão Hoteleira - Áreas de Gestão e de Turismo e Hospitalidade; Certificado de Qualificação Profissional de Programador de Microcomputador - Área de Informática; Diploma de Técnico em Informática - Área de Informática; Certificado de Especialização em Organização de Sistemas - Áreas de Informática e de Gestão.

i) Os cursos referentes a ocupações que integrem itinerários profissionais de nível técnico poderão ser oferecidos a candidatos que tenham condições de matrícula no ensino médio. Esses alunos receberão o respectivo certificado de conclusão da qualificação profissional de nível técnico. Para a obtenção de diploma

de técnico, na continuidade de estudos, será necessário concluir o ensino médio. Os alunos deverão ser devidamente orientados quanto a essa exigência e estimulados à continuidade de estudos.

j) A não existência daquela "habilitação parcial" prevista pelo Parecer CFE n.º 45/72 como "habilitação diferente da do técnico", no âmbito da Lei Federal n.º 5.692/71, associada à figura do auxiliar técnico, não é impeditiva, no entanto, de que uma escola possa oferecer, como módulo ou etapa de um curso técnico de nível médio ou como curso de qualificação profissional nesse nível, um curso ou módulo de auxiliar técnico, desde que essa ocupação efetivamente exista no mercado de trabalho. A legislação atual não desconsiderou a figura do auxiliar técnico que existe no mercado de trabalho, como ocupação reconhecida e necessária. O que não subsiste mais, frente à legislação educacional atual, é a habilitação profissional parcial de auxiliar técnico sem correspondência no mercado de trabalho, o que, efetivamente, não é o caso do Auxiliar de Enfermagem, "ocupação tradicionalmente reconhecida como útil e necessária na área da saúde".

k) Os cursos de educação profissional de nível técnico, quaisquer que sejam, de qualificação, habilitação ou especialização profissional, em sua organização, deverão ter como referência básica, no planejamento curricular, o perfil do profissional que se deseja formar, considerando-se o contexto da estrutura ocupacional da área ou áreas profissionais, a observância das Diretrizes Curriculares Nacionais e os referenciais curriculares por área profissional, definidos e difundidos pelo Ministério da Educação. Essa referência básica deverá ser considerada tanto para o planejamento curricular dos cursos, quanto para a emissão dos certificados e diplomas, bem como dos correspondentes históricos escolares, os quais deverão explicitar as competências profissionais obtidas.

l) Um outro importante aspecto

que deve ser destacado para o planejamento curricular é o da prática profissional. Na educação profissional, embora óbvio, deve ser repetido que não há dissociação entre "teoria" e "prática". O ensino deve contextualizar competências, visando significativamente a ação profissional. Daí, que a "prática" se configura não como situação ou momento distinto do curso, mas como uma metodologia de ensino que contextualiza e põe em ação o aprendizado dos alunos.

m) A prática profissional constitui e organiza o currículo, devendo ser a ele incorporada no plano de curso. Inclui, quando necessário, o estágio profissional supervisionado, realizado em empresas e instituições profissionais. Assim, as situações e o tempo de prática profissional deverão ser previstos e incluídos pela escola na organização curricular e, exceto no caso do estágio supervisionado, em função da natureza da habilitação ou qualificação profissional, na carga horária mínima do curso. A duração do estágio profissional supervisionado deverá ser acrescida ao mínimo estabelecido para o curso. Na área de Saúde, o estágio supervisionado se torna imprescindível, especialmente quando o curso não é desenvolvido já em estabelecimento próprio, seja hospital, clínica, centro de saúde ou similares.

6. Mesmo correndo o risco de ser demasiadamente acariano, apresentamos a seguir alguns destaques da Resolução CNE/CEB nº 04/99:

a) São princípios norteadores da educação profissional de nível técnico os enunciados no artigo 3.º da LDB, mais os seguintes:

I- independência e articulação com o ensino médio;

II- respeito aos valores estéticos, políticos e éticos;

III- desenvolvimento de competências para a laborabilidade;

IV- flexibilidade, interdisciplinaridade e contextualização;

V- identidade dos perfis profissionais de conclusão de curso;

VI- atualização permanente dos

curso e currículos;

VII- autonomia da escola em seu projeto pedagógico.

b) São critérios para a organização e o planejamento de cursos:

I - atendimento às demandas dos cidadãos, do mercado e da sociedade;

II- conciliação das demandas identificadas com a vocação e a capacidade institucional da escola ou da rede de ensino.

c) A educação profissional de nível técnico será organizada por áreas profissionais, constantes dos quadros anexos, que incluem as respectivas caracterizações, competências profissionais gerais e cargas horárias mínimas de cada habilitação.

d) Entende-se por competência profissional a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho.

e) As competências requeridas pela educação profissional, considerada a natureza do trabalho, são as:

I - competências básicas, constituídas no ensino fundamental e médio;

II-competências profissionais gerais, comuns aos técnicos de cada área;

III-competências profissionais específicas de cada qualificação ou habilitação.

f) Para subsidiar as escolas na elaboração dos perfis profissionais de conclusão e na organização e planejamento dos cursos, o MEC divulgará referenciais curriculares por área profissional.

g) Poderão ser organizados cursos de especialização de nível técnico, vinculados a determinada qualificação ou habilitação profissional, para o atendimento de demandas específicas.

h) A organização curricular, consubstanciada no plano de curso, é prerrogativa e responsabilidade de cada escola.

i) O perfil profissional de conclusão define a identidade do curso.

j) Os cursos poderão ser estruturados em etapas ou módulos:

I-com terminalidade correspondente a qualificações profissionais de nível técnico identificadas no mercado de trabalho;

II-sem terminalidade, objetivando estudos subseqüentes.

k) A prática constitui e organiza a educação profissional e inclui, quando necessário, o estágio supervisionado realizado em empresas e outras instituições.

l) A prática profissional será incluída nas cargas horárias mínimas de cada habilitação.

m) A carga horária destinada ao estágio supervisionado deverá ser acrescida ao mínimo estabelecido para o respectivo curso.

n) A carga horária e o plano de realização do estágio supervisionado, necessário em função da natureza da qualificação ou habilitação profissional, deverão ser explicitados na organização curricular constante do plano de curso.

o) Os planos de curso, coerentes com os respectivos projetos pedagógicos, serão submetidos à aprovação dos órgãos competentes dos sistemas de ensino, contendo:

I-justificativa e objetivos;

II-requisitos de acesso;

III-perfil profissional de conclusão;

IV-organização curricular;

V-critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores;

VI-critérios de avaliação;

VII-instalações e equipamentos;

VIII-pessoal docente e técnico;

IX-certificados e diplomas.

p) A escola poderá aproveitar conhecimentos e experiências anteriores, desde que diretamente relacionados com o perfil profissional

de conclusão da respectiva qualificação ou habilitação profissional, adquiridos:

I- no ensino médio;

II- em qualificações profissionais e etapas ou módulos de nível técnico concluídos em outros cursos;

III- em cursos de educação profissional de nível básico, mediante avaliação do aluno;

IV- no trabalho ou por outros meios informais, mediante avaliação do aluno;

V- e reconhecidos em processos formais de certificação profissional.

q) O MEC organizará cadastro nacional de cursos de educação profissional de nível técnico para registro e divulgação em âmbito nacional.

r) Os planos de curso aprovados pelos órgãos competentes dos respectivos sistemas de ensino serão por estes inseridos no cadastro nacional de cursos de educação profissional de nível técnico.

s) A escola responsável pela última certificação de determinado itinerário de formação técnica expedirá o correspondente diploma, observado o requisito de conclusão do ensino médio.

t) Os diplomas de técnico deverão explicitar o correspondente título de técnico na respectiva habilitação profissional, mencionando a área à qual a mesma se vincula.

u) Os certificados de qualificação profissional e de especialização profissional deverão explicitar o título da ocupação certificada.

v) Os históricos escolares que acompanham os certificados e diplomas deverão explicitar, também, as competências definidas no perfil profissional de conclusão do curso.

x) O MEC, em regime de colaboração com os sistemas de ensino, promoverá processo nacional de avaliação da educação profissional de nível técnico, garantida a divulgação dos resultados.

y) A observância destas diretrizes será obrigatória a partir de 2001, sendo facultativa no período de transição, compreendido entre a publicação desta Resolução e o final do ano 2000.

z) Fica ressalvado o direito de conclusão de cursos organizados com base no Parecer CFE n.º 45, de 12 de janeiro de 1972, e regulamentações subseqüentes, aos alunos matriculados no período de transição.

III - Voto do Relator

Em atenção ao solicitado pelo senhor Ministro de Estado da Educação quanto a orientações da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação aos Conselhos Estaduais de Educação em relação aos cursos de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, objeto do PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, do Ministério da Saúde, sou de parecer que:

1. O curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem integra itinerário de profissionalização do Técnico de Enfermagem. Como tal, pode ser oferecido tanto como módulo do curso de Técnico de Enfermagem, quanto como curso específico de nível técnico para Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, como proposto pelo PROFAE.

2. O curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, que qualifica profissionais para o exercício legal de profissão regulamentada pela Lei Federal nº 7.498/86, de 25/06/86 e Decreto Federal nº 94.406/87, de 08/06/87, não é curso de qualificação profissional de nível básico, o qual, de acordo com o Decreto Federal nº 2.208/97, de 17/04/97, "é modalidade de educação não formal" e não está sujeito "à regulamentação curricular".

3. O requisito mínimo para matricular-se no curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem é o da existência de "condições de matrícula, no ensino

médio", isto é, para os efeitos deste parecer de conclusão do Ensino Fundamental.

4. Os alunos matriculados em cursos de Auxiliar de Enfermagem e que apresentem como escolaridade apenas a conclusão do ensino fundamental deverão ser estimulados a cursar, concomitante ou posteriormente, o ensino médio, e devidamente orientados no sentido de que, no caso de continuidade dos estudos até a conclusão do curso de Técnico de Enfermagem, ser-lhes-á exigida a comprovação da conclusão do ensino médio como condição necessária para a obtenção do diploma de Técnico.

5. Os candidatos aos programas do PROFAE que não comprovarem a conclusão do Ensino Fundamental deverão previamente concluir seus estudos do Ensino Fundamental. A conclusão do Ensino Fundamental é "conditio sine qua non" para a matrícula no curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, pois trata-se de curso de nível técnico, que integra itinerário de profissionalização do Técnico de Enfermagem.

6. O curso de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem confere certificado de qualificação profissional de nível técnico, com validade nacional, desde que seu 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 para divulgação em âmbito nacional, bem como tenha seu competente certificado devidamente registrado na própria escola, sob sua responsabilidade.

7. Os Históricos Escolares que acompanham os certificados de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem deverão explicitar as competências definidas no perfil profissional de conclusão do curso, conforme plano de curso devidamente aprovado pelo órgão próprio do respectivo sistema de ensino e por este

inserido no Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico. O plano de curso em questão deverá incluir plano de realização do exigível estágio profissional supervisionado, no item "organização curricular".

8. Como se trata de uma profissão regulamentada, a escola deverá garantir, como mínimo, as competências exigidas pelo artigo 6º da Resolução CNE/CEB nº 04/99 e também, "a aquisição das competências requeridas para o exercício legal da referida ocupação", as quais se encontram descritas na Lei Federal nº 7.498/86 e no Decreto regulamentador nº 94.406/87. Esta providência objetiva garantir o registro profissional no órgão próprio de fiscalização do exercício profissional, isto é, no respectivo Conselho Regional de Enfermagem.

9. No curso de Auxiliar de Enfermagem é essencial tanto a prática profissional em situação de aprendizagem, quanto o estágio profissional supervisionado, em situação real de trabalho, adequadamente orientado e acompanhado por profissional devidamente qualificado e habilitado para tal. Os planos de curso propostos pela escola, coerentemente com os respectivos projetos pedagógicos, deverão ser explícitos quanto à carga horária e ao plano de realização do exigido estágio profissional, supervisionado por profissional devidamente habilitado como enfermeiro.

10. As Competências profissionais decorrentes de conhecimentos e experiência anteriores, a serem eventualmente aproveitadas para fins de continuidade de estudos, em termos de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem ou habilitação profissional de Técnico de Enfermagem, deverão ser adequadamente avaliadas e reconhecidas, individualmente, aluno por aluno, por profissionais devidamente habilitados e sob Responsabilidade Técnica da Escola que oferece o curso.

11. Considera-se, para todos os

fins e direito, o PROFAE - Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem, planejado pelo Ministério da Saúde para atendimento a cerca de 250.000 (duzentos e cinquenta mil) trabalhadores da área da saúde, que necessitam da qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem, no período de 2000 a 2003, como um projeto desenvolvido no período de transição, isto é, orientados pelas Resoluções de nº 07/77 e 08/77, do extinto Conselho Federal de Educação, por se tratar de projeto emergencial, coordenado pelo Ministério da Saúde, planejado em 1998/1999 e iniciado no corrente ano.

12. Fica ressalvado aos alunos do PROFAE - Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem, matriculados em cursos devidamente autorizados pelos respectivos sistemas de Ensino, no âmbito do projeto em andamento no Ministério da Saúde, o direito de conclusão dos respectivos estudos em cursos organizados com base nas normas e diretrizes anteriores, uma vez que o projeto foi planejado antes da definição das Diretrizes Curri-

culares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico e está iniciando sua implementação no ano de transição previsto pela Resolução CNE/CEB nº 04/99.

13. As Escolas que tenham condições, devidamente orientadas pela coordenação do PROFAE e previamente autorizadas pelo respectivo Sistema de Ensino, podem oferecer aos seus alunos, com as devidas adaptações, a opção por cursos de qualificação profissional de Auxiliar de Enfermagem ou de habilitação profissional de Técnico de Enfermagem, organizados nos termos da Resolução CNE/CEB nº 04/99 e parecer CNE/CEB 16/99.

Brasília-DF, 04 de Abril de 2000.
Conselheiro Francisco Aparecido Cordão - Relator

IV - Decisão da Câmara

A Câmara de Educação Básica acompanha o voto do Relator.

Sala das Sessões, 05 de Abril de 2000. Conselheiros Ulysses de Oliveira Panisset - Presidente, Francisco Aparecido Cordão - Vice-Presidente.

Pesquisa PROFAE

Avaliação do impacto da profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem na qualidade dos serviços de saúde

Pesquisa analisará o dimensionamento de pessoal e o modelo assistencial para delimitar o contexto da assistência de enfermagem. A metodologia também inclui análise de aspectos de articulação e comunicação no processo de trabalho do auxiliar de enfermagem e de padrões de qualidade com base em indicadores de iatrogenia.

A necessidade da profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem, bem como de investigação sobre as repercussões desse processo na qualidade dos serviços, pode ser dimensionada ao considerarmos o montante de trabalhadores de enfermagem, sobretudo de trabalhadores de nível elementar, na força de trabalho em saúde. Machado et al. (1992) referem que 50% dos empregos em saúde são ocupados pelo pessoal de enfermagem (sendo 29,89% atendentes de enfermagem, 16,18% auxiliares de enfermagem e 3% enfermeiros). Estudo recente desenvolvido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1998) corrobora esta informação. Embora esse estudo aponte um contingente menor dos empregos em saúde ocupados pelo pessoal de enfermagem – 30% (sendo 13% atendentes de enfermagem, 15% auxiliares de enfermagem e 3,6% enfermeiros), mostra que este contingente está subestimado, uma vez que, nos anos 90, ocorre um expressivo aumento de postos de trabalho na área administrativa e de serviços gerais, concomitante à diminuição de admissões de pessoal da saúde, particularmente auxiliares de enfermagem. Esse mesmo estudo estima a existência de 225 mil atendentes de enfermagem no país. Trabalhadores

da área de enfermagem, portanto, atuando nos serviços de saúde sem regular qualificação técnica para o trabalho em saúde. Esta expressiva presença de trabalhadores de enfermagem no cotidiano dos serviços destaca a contribuição das intervenções de enfermagem no resultado da prestação de serviços e a repercussão da capacitação técnica para a execução deste trabalho especializado.

Os estudos sobre a força de trabalho em saúde e na enfermagem mostram que nas duas últimas décadas houve um incremento na escolarização e na profissionalização, particularmente com o aumento da incorporação de auxiliares de enfermagem. Em 1983, a categoria de atendentes representava 63,8% do total de trabalhadores de enfermagem (Brasil, 1985). Dados da Relação Anual de Informações Sociais (Rais) e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged) do Ministério da Trabalho e Emprego (MTE) apontam que, em 1998, 35% dos trabalhadores da área de enfermagem não dispunham de qualificação técnica específica (Brasil, 1998). Em 1999, o cadastro do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) utilizado para a Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (ABEn, 1997) evi-

dência que 16% ainda são atendentes. Entendemos que a diferença numérica entre os dados de 1998 e 1999 deve-se às distintas fontes utilizadas por cada uma das instituições, pois o estudo da força de trabalho de enfermagem desenvolvido pelo Ministério da Saúde tem como base o conjunto de empregos da área de enfermagem, Rais/Caged, e os dados do Cofen tomam como base o número de trabalhadores cadastrados na entidade.

Embora haja divergências nas informações disponíveis, todas as estimativas mostram a persistência de um expressivo contingente de trabalhadores sem formação profissional atuando em estabelecimentos de saúde, particularmente na área de enfermagem, o que acarreta em riscos para a população e na desvalorização, seja do trabalho executado, seja do próprio trabalhador, que não encontra no exercício cotidiano de trabalho uma oportunidade de desenvolvimento técnico e emancipação.

Diante desse diagnóstico, o Ministério da Saúde está implementando o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), com o objetivo de elevar o padrão de qualidade e eficiência do atendimento prestado à população no âmbito do SUS, por meio da capacitação dos trabalhadores de enfermagem e do fortalecimento das Escolas Técnicas de Saúde. Partindo da hipótese de que a formação profissional melhora o desempenho e a qualidade dos serviços, o Ministério da Saúde e o Banco Interamericano de Desenvolvimento pretendem avaliar o impacto desse processo de capacitação na qualidade dos serviços por meio de uma investigação científica que acompanhará a implantação do PROFAE no país.

Assim, foi elaborado o projeto de pesquisa intitulado "Avaliação do impacto da profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem na qualidade dos serviços de saúde", com o objetivo geral de avaliar as mudanças decorrentes da profissionalização em enfermagem na melhoria

da qualidade dos serviços. Os objetivos específicos desta investigação são: a) analisar o contexto da assistência de enfermagem com base no dimensionamento de pessoal e no modelo assistencial; b) analisar o processo de trabalho do auxiliar de enfermagem, com destaque para as dimensões de articulação das ações e de comunicação; e c) avaliar o padrão de qualidade da assistência de enfermagem com base em três indicadores – incidência de úlcera de pressão, incidência de erro de medicação e índice de desempenho de técnicas de enfermagem.

A primeira questão a destacar, no que se refere à pesquisa, é que o seu objeto de estudo configura uma questão atinente à interface entre a formação e a utilização de recursos humanos em saúde, pois não se trata de avaliar o processo pedagógico em si, nem a qualidade dos serviços de saúde, mas sim as mudanças acarretadas nos serviços de saúde pela formação de pessoal de nível médio em enfermagem. Entendemos que esta articulação – entre práticas educacionais e de exercício profissional – pode ser apreendida e analisada da perspectiva do processo de trabalho, ou seja, com base no contexto institucional, no projeto ético-político e no modelo de organização do trabalho, tanto na dimensão técnica, quanto na interativa.

Com base nos estudos do processo de trabalho em saúde, partimos do pressuposto de que ambas as dimensões – formação e trabalho em saúde – constituem práticas sociais (Donnangelo e Pereira, 1976). Portanto, os agentes, particularmente os auxiliares de enfermagem, são apreendidos como elementos constituintes do processo de trabalho (Mendes-Gonçalves, 1979 e 1994; Peduzzi, 1998). O agente do trabalho, pela execução de atividades próprias de sua área profissional, opera a transformação de um objeto de trabalho em um produto que cumpre a finalidade colocada, desde o início, como intencionalidade daquele específico trabalho. Ou seja, os auxiliares de enfermagem executam atividades de

cuidados de enfermagem, de manutenção da organização do trabalho e de articulação das ações no âmbito da enfermagem, com supervisão do enfermeiro, atendendo à finalidade de oferecer assistência de enfermagem às necessidades de saúde dos usuários do serviço.

O estudo do processo de trabalho pressupõe a apreensão da sua relação dialética com o contexto institucional em que o trabalho é operado pelos agentes. Nesta pesquisa o contexto será apreendido com base em dois recortes principais, quais sejam: o modelo assistencial e o dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Entendemos por modelo assistencial o conjunto de ações desempenhadas para atenção às necessidades de saúde da população da área de abrangência do serviço, de modo que o modelo expressa a apreensão do perfil da clientela, o elenco de atividades implementadas e os resultados previstos, ou seja, a concepção de processo saúde-doença e a finalidade ou intencionalidade dos processos de trabalho executados pelos diversos profissionais da equipe de saúde (Mendes-Gonçalves, 1979, 1992 e 1994; Merhy, 1997; Peduzzi, 1998).

A literatura mostra que no Brasil, na maioria dos serviços de saúde, o dimensionamento é empírico, com base na experiência cotidiana e não em um estudo sistemático pautado em parâmetros definidos em termos operacionais. Estes mesmos estudos analisam que a inadequação numérica e qualitativa dos recursos humanos em enfermagem lesa a clientela no seu direito de assistência à saúde livre de riscos (Gaidzinski, 1994 e 1998).

A avaliação do impacto da profissionalização do pessoal de enfermagem nos serviços de saúde também faz interface com os estudos de qualidade dos serviços. Donabedian (1990) refere que a qualidade do cuidado é um conceito que tem vários componentes e que estes devem ser avaliados com base em parâmetros que derivam de três fontes: as ciên-

cias da saúde, os valores individuais dos usuários dos serviços e os valores sociais. Portanto, não cabe apenas uma avaliação em termos técnicos e da prática profissional isoladamente, mas sim a inclusão de diferentes dimensões da prática que se objetiva analisar, articulando as questões referentes ao desempenho da técnica e aos valores éticos do trabalho em saúde (Schraiber e Nemes, 1996).

Desta forma, a questão nuclear colocada para investigação refere-se ao impacto ou efeitos que a qualificação técnica, na categoria de auxiliar de enfermagem, acarreta nos seguintes aspectos da prática: a) assistência de enfermagem; b) articulação das ações de enfermagem com as demais ações de saúde; e c) interação entre a equipe de enfermagem e a equipe de saúde. O impacto do **PROFAE** na qualidade dos serviços será considerado por referência aos aspectos de qualidade da intervenção técnica executada pelo atendente de enfermagem e – após a profissionalização – pelo auxiliar de enfermagem, de complementaridade e articulação das ações e de interação dos sujeitos envolvidos na prestação de serviços nos dois planos – usuário-agente e agente-agente.

No que se refere à assistência de enfermagem, serão estudados alguns indicadores, considerados como representações quantitativas ou não, de resultados, ocorrências ou eventos de um sistema (Burmester et al., 1993).

Alguns dos indicadores de qualidade adotados com maior frequência para a avaliação dos resultados da assistência no âmbito hospitalar são: incidência de úlcera de pressão; incidência de erros relacionados à administração de medicamentos e infusão venosa; taxas de acidentes com pacientes (quedas, por exemplo) e a satisfação do paciente com cuidado recebido (Stanley e Foer, 1996). No presente estudo, foram selecionados dois desses indicadores referidos na literatura: incidência de úlceras de

pressão e incidência de erros relacionados à administração de medicamentos.

Para cada um desses indicadores é possível pressupor uma correlação entre a ocorrência do evento e um aumento no tempo de permanência do paciente no hospital, assim como uma elevação no consumo de recursos, uma vez que, face a essas complicações, o paciente passará a exigir um outro conjunto de ações necessárias à sua reabilitação não previsto anteriormente, os quais seriam traduzidos em valores monetários (custos). Nesse caso, poder-se-ia falar em análise da eficiência, uma vez que quanto mais se otimiza a estrutura dos custos a paridade de resultados, mais se aumenta o nível de produtividade do serviço.

Alguns estudos apontam que a úlcera de pressão constitui-se em problema crítico e bastante freqüente na assistência de enfermagem. A literatura internacional evidencia que a prevalência de úlcera de pressão em pacientes internados em hospitais e asilos varia de 5 a 32% (Allcock et al., 1994; Hanson et al., 1996). No Brasil, pesquisa desenvolvida por Caliri et al. (1997) com pacientes internados em um hospital de ensino encontrou uma taxa de prevalência de 28%. Quanto à incidência, existem poucos estudos: Richardson et al. (1998) apontam taxas de 13% em hospitais de longa permanência (pacientes crônicos); Richardson (1990) verificou taxas de 5% a 10% em unidades de pacientes agudos e idosos; Maklebust (1987), citando alguns estudos, refere que de 3% a 10% dos pacientes hospitalizados desenvolvem úlcera de pressão durante o período de internação.

A administração de medicamentos e a infusão venosa são atividades relevantes no processo de trabalho da enfermagem, além de constituírem-se em indicadores tradicionais da qualidade da assistência. No Brasil, tais atividades são consideradas centrais no trabalho desenvolvido pelo

auxiliar de enfermagem em qualquer campo de sua atuação (hospital e ambulatório). A administração de medicamentos e a infusão venosa devem resultar em benefícios potenciais aos pacientes que os recebem. No entanto, erros nesses tipos de procedimentos podem resultar em efeitos deletérios - e muitas vezes irreversíveis, no paciente.

Segundo a literatura, os erros decorrentes da medicação ocupam o segundo lugar dentre os eventos adversos mais experienciados pelos pacientes, estando as quedas em primeiro lugar (Wolf, 1989). No Brasil, Padilha (1994), estudando a ocorrência de iatrogenias em Unidades de Terapia Intensiva na cidade de São Paulo durante um mês, identificou que, dos 284 pacientes internados no período, 37 (13,1%) sofreram algum tipo de iatrogenia. Do total de iatrogenias identificadas, 33,3% eram relativas a erros com medicação, sendo os mais freqüentes os atrasos e adiantamentos na infusão venosa e medicação.

Na bibliografia consultada observamos que, para a identificação e análise dos erros na administração de medicamentos, os instrumentos de coleta de dados utilizados têm sido a consulta a relatórios e outros documentos existentes nas instituições onde os eventos adversos são registrados. Além disso, alguns estudos utilizam entrevistas com os profissionais de enfermagem que executam o procedimento (auxiliares e técnicos) e com aqueles que supervisionam e orientam o trabalho desses profissionais (enfermeiros). Entretanto, face ao nível elevado de subnotificação dos erros, bem como de outras dificuldades em se obter acesso a tais informações junto aos serviços de saúde, em especial no Brasil, estes estudos não têm evidenciado, em termos quantitativos ou qualitativos, a efetiva ocorrência de erros de medicação.

Na pesquisa, será avaliado, ainda, um terceiro indicador, obtido por

meio da mensuração do índice de qualidade no desempenho de técnicas de enfermagem. A análise será efetuada com a aplicação de check-list, o qual consiste na descrição pormenorizada, passo a passo, da atividade selecionada, considerando o padrão ouro ou de excelência para a execução da mesma. Optamos pelo check-list por se tratar de ferramenta utilizada na avaliação de desempenho da área de enfermagem (Peduzzi et al., 1996). Estudo realizado por Almeida et al. (1980) concluiu que o check-list constitui um instrumento de conhecimento do desempenho geral dos serviços de saúde estudados no que se refere às técnicas observadas. Os autores também referem que se trata de um recurso de preparo e montagem trabalhosos, porém, de fácil aplicação, sendo, assim, indicado para o estudo de técnicas de enfermagem.

O Desenho da Pesquisa

O quadro teórico da investigação – que articula a análise do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem, o dimensionamento de pessoal e a avaliação de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem – requer que o contexto de trabalho em que estão inseridos os trabalhadores de enfermagem seja caracterizado, pois o impacto da profissionalização na qualidade dos serviços não decorre isoladamente da formação, mas sim de um conjunto complexo de fatores inter-relacionados. Dessa forma, propomos uma pesquisa que, partindo da delimitação do contexto de trabalho em cada serviço, procede à análise de três planos sucessivos de aproximação do objeto: a) a análise do próprio contexto; b) a análise do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem; e c) a avaliação da assistência de enfermagem por meio da análise dos três indicadores de qualidade.

A pesquisa será realizada por meio de metodologia quantitativa e qualitativa, aplicada em duas etapas, antes e após o processo de profissionalização, visto que, para avaliarmos o im-

pacto do **PROFAE**, será necessário cotejar um mesmo conjunto de informações em ambos os momentos. O impacto da profissionalização será avaliado quantitativamente por meio da mensuração de dois indicadores de processo de trabalho do auxiliar de enfermagem, relacionando-o com o contexto de trabalho, especialmente com o dimensionamento de pessoal, e com os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem.

Um primeiro recorte diz respeito à unidade de análise na pesquisa. Visto que objetivamos avaliar o impacto produzido pelo processo de profissionalização dos auxiliares de enfermagem nos serviços de saúde e não o desempenho individual de cada trabalhador, tomaremos como unidade de análise o serviço de saúde no qual estão inseridos os trabalhadores.

Um segundo recorte metodológico refere-se à opção por estudarmos apenas uma parcela ou amostra da totalidade dos serviços de saúde na qual estarão trabalhadores de enfermagem participantes do processo de profissionalização ao longo dos quatro anos previstos para o desenvolvimento do **PROFAE** pelo Ministério da Saúde. A complexidade do desenho da investigação inviabiliza sua aplicação ao universo total do estudo.

A seleção dos serviços que serão pesquisados atenderá aos seguintes critérios: a) presença de atendentes de enfermagem no cuidado direto a pacientes no momento da coleta de dados anterior à profissionalização; b) contingente de trabalhadores que participarão inicialmente do **PROFAE** igual ou superior a 50% dos atendentes de enfermagem do serviço; c) garantia, por parte do serviço, de acesso às informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa; e d) diversidade de serviços por modalidade assistencial (hospitalar e ambulatorial).

O **PROFAE** será implantado na totalidade dos Estados brasileiros no transcórre do segundo semestre de

2000. Porém, a pesquisa será realizada em dez Estados, dado o critério de factibilidade da investigação. Para a seleção dos Estados, além da factibilidade, foram considerados os seguintes critérios: a) execução da pesquisa em todas as cinco regiões do país e b) em cada região, seleção dos Estados com maior e menor número, respectivamente, de cadastrados para o PROFAE.

Quanto à seleção dos serviços que irão compor a amostra em cada Estado, também é fundamental assegurar, dentro de determinados limites, que os trabalhadores que passaram pelo processo de qualificação permaneçam na instituição. Um dos indicadores possíveis de serem utilizados nessa avaliação é a mensuração e análise da rotatividade da sua força de trabalho. A rotatividade exprime um movimento que se verifica no mercado de trabalho, caracterizado pelas entradas e saídas dos indivíduos de uma determinada instituição que compõe esse mercado. Nesse processo, o acesso (entrada), a saída (desligamento) e o tempo de permanência do indivíduo no emprego são elementos passíveis de mensuração, permitindo dimensionar e analisar quantitativamente o grau de estabilidade ou instabilidade de um determinado grupo de trabalhadores (rotatividade). Uma força de trabalho estável e qualificada, além de sustentar o processo de cuidar, cria, também, possibilidades efetivas de garantia da qualidade dos serviços ofertados (Anselmi, 1993 e 1998). A literatura acerca da temática aponta que taxas de rotatividade entre 25% e 30% podem ser consideradas elevadas e comprometedoras do serviço. Por isso, estabeleceu-se como um dos critérios para seleção dos serviços que participarão do estudo a mensuração da taxa de rotatividade da sua força de trabalho, especificamente a de enfermagem. Os serviços que apresentarem taxas de rotatividade iguais ou inferiores a 30% serão incluídos na pesquisa.

Considerações Finais

Por meio desta pesquisa buscamos, em primeira instância, atingir

os objetivos propostos que se referem à medida do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde. Avaliação esta que busca mensurar, qualificar e compreender particularmente a qualidade do cuidado de enfermagem na sua articulação com as demais ações de saúde. Esta perspectiva de estudo permitirá conhecer o cenário organizacional, tecnológico e comunicacional em que os trabalhadores de enfermagem exercem sua prática, relacionando tais condições objetivas de trabalho com o desempenho profissional e o processo de profissionalização que o PROFAE proporcionará.

Também queremos destacar que a motivação de todas as instâncias e de todos os sujeitos envolvidos no desenvolvimento desta investigação tem em vista um alcance ainda mais abrangente que a própria pesquisa, ao buscar assegurar o direito à qualidade de atenção integral à saúde para a totalidade da população brasileira e, em especial, dado o recorte do projeto, o direito à assistência de enfermagem de qualidade.

Projeto elaborado sob a coordenação da consultora Marina Peduzzi.

Bibliografia

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. *Projeto de classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva no Brasil*; manual do pesquisador - Parte I: Orientação para o Trabalho de Campo. Associação Brasileira de Enfermagem, Brasília-DF, 1997, 93 p.
- ALLCOCK, N.; WHARRAD, H.; NICOLSON, A. Interpretation of pressure-sore prevalence. *Journal of Advanced Nursing*, n.20, p.37-45, 1994.
- ALMEIDA, M.C.P.; GOMES, D.L.S.; SILVA, E. Avaliação de técnica de injeção intramuscular através do "check-list". *Rev. Bras. Enf.*, 33: 428-442, 1980.

- ANSEMI, M.L. *A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto*. 1993. 284p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.
- _____. *Sobrevivência no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição pública*. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 10, Gramado, 1998. *Resumos...*, ABEn, 1998. p.86
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil:1982/1983*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem. 1985.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão de Investimentos. *Mercado de trabalho em enfermagem no Brasil: PROFAE - Programa de formação de trabalhadores na área de enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BURMESTER, H.; DUARTE, I.G.; PACHECO, M.L.R. *Sistema de monitoração de indicadores de qualidade e produtividade de hospitais*. São Paulo, 1993, p.1-27 (Projeto BRA 93/11).
- CALIRI, M.H.L. ; MORAIS, T.B. Úlcera de pressão em adultos; normas para prevenção. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48º, São Paulo, 1996. *Anais...* São Paulo, ABEn, 1996.
- DONABEDIAN, A. *The seven pillars of quality*. *Arch Pathol Lab Med*. n.114, p.1.115-1.118, 1990.
- DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- GAIDZINSKI, R.R. *Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares*. São Paulo, 1998. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1998.
- _____. *O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática*. 1994. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- GONÇALVES, R.B.M. *Medicina e história - raízes sociais do trabalho médico*. 1979. (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1979
- _____. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR, 1 - Série textos).
- _____. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- HANSON, D.S.; LANGEMO, D.; OLSON, B.; HUNTER, S.; BURD, C. Decreasing the prevalence of pressure ulcers - using agency standards. *Home Healthcare Nurse*, v.14, n.7, 1996.
- MACHADO, M.H. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, ENSP, 1992.
- MAKLEBUST, J. Pressure ulcers: etiology and prevention. *Nursing Clinics of North America*, v.22, n.2, p. 359-377, June, 1987.
- MERHY, E. E. & CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (org) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo, Hucitec, 1997.
- PADILHA, K.G. *Descuidar: as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem*. São Paulo. 1994. 190p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo 1994.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Campinas-SP, 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Básicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP
- PEDUZZI, M. et.al. Análise da experiência de avaliação de desempenho do conjunto de profissionais de um Centro de Saúde Escola. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. *Anais...* São Paulo: ABEn, 1996.

- RICHARDSON, B. Pressure sores: a manager's perspective. *Nursing Standard*. v.5,n.12,p.11-13, 1990
- RICHARDSON, G.M.; GARDNER,S.; FRANTZ, R.A. Nursing assessment: impact on type and cost of interventions to prevent pressure ulcers. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, v.25, n.6,p.273-280, nov. 1998.
- SCHRAIBER, L.B. & NEMES, M.I.B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. *Cadernos Fundap*. 19:108-21, 1996.
- STANLEY, S. & FOER,S. Preserving patient safety and quality nursing care. *Nursing Policy Forum*, v.2, n.3, 1996.
- WOLF, Z.R. Medication errors and nursing responsibility. *Holistic Nursing Practice*, v.4,n.1, p.08-17,1989.