

9ª Conferência Nacional de Saúde

Ministério da Saúde

Conferência Nacional de Recursos Humanos Para a Saúde

CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE DE UMA POLÍTICA DE
RECURSOS HUMANOS PARA O SETOR SAÚDE NO BRASIL
A SITUAÇÃO DA CATEGORIA MÉDICA

Francisco Eduardo de Campos *

Nozart de Oliveira Júnior **

BIREME LILACS
TFN = 952
DATA: 17/8/90.
CD/CG/MS

CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE DE UMA POLÍTICA DE
 RECURSOS HUMANOS PARA O SETOR SAÚDE NO BRASIL
 A SITUAÇÃO DA CATEGORIA MÉDICA

Francisco Eduardo de Campos *
 Mozart de Oliveira Júnior **

* Médico-Mestre em Medicina Social
 Sanitarista Prof. do Depto. Medicina
 Preventiva da Fac. de Medicina da UFMG

** Médico-Sanitarista - Aluno de pós
 graduação - Mestrado do CEDEPLAR da

BIBLIOTECA	
Ministério da Saúde	
Registro	Aquisição
MF	Doação R\$10,00
Data	e.
17/8/88	

INTRODUÇÃO

O objetivo deste texto é oferecer subsídios à discussão de uma nova política de recursos humanos para o setor saúde - neste caso específico para a categoria médica - dentro de uma proposta de reorganização deste setor.

Deve-se ressaltar inicialmente as limitações deste trabalho devidos, em parte, ao reduzido tempo disponível para a sua elaboração e, por outro lado, ao escasso número de informações sobre o assunto.

O tema de Recursos Humanos tem sido objeto de grande preocupação, a partir das propostas de reordenamento do setor saúde.

A descentralização da programação, execução e controle das ações de saúde, através de distritos sanitários ou de políticas assemelhadas tem na integração inter-institucional dos níveis federal, estadual e municipal o seu ponto de sustentação.

Entende-se portanto, que o tratamento dispensado à força de trabalho na área da saúde necessita ser o mesmo nestes três níveis, no que se refere às condições de trabalho, bem como contar com mecanismos explícitos e únicos de ascensão funcional e remuneração, através de um plano de cargos e salários.

Certamente que os problemas de Recursos Humanos não são os únicos obstaculizadores da implementação das propostas de reforma neste setor.

Contudo, os movimentos reivindicatórios da categoria médica nos últimos anos tem mostrado que a não resolução das distorções existentes pode vir a ser um ponto de estrangulamento das modificações propostas.

Como uma primeira aproximação, poderíamos listar um conjunto de problemas na área de recursos humanos que, se não resolvidos, poderão comprometer todo o esforço realizado na superação do modelo de prestação de serviços anteriores:

- a) A formação médica oferecida guarda pouca aderência com os problemas prevalentes nos serviços de saúde, levando em geral à formação de pessoal pouco capacitado, o que exigirá um sobre-esforço do serviço em processos de reciclagem e aperfeiçoamento de pessoal.
- b) Os profissionais médicos são, via de regra, mal remunerados.
- c) Os sistemas recrutamento e seleção de pessoal são muitas vezes enviesados por critérios inadequados à realidade dos serviços.
- d) Existe um desestímulo aos profissionais pela inexistência ou deficiência de mecanismos explicitados de avaliação e progressão nos Planos de Cargos e Salários.
- e) Funções semelhantes em distintas instituições são remuneradas diferentemente, criando a figura da "heteronomia salarial."
- f) A baixa remuneração, aliada indissoluvelmente ao múltiplo emprego, acrescida de outros fatores, provoca um interesse declinante pelo serviço público por parte dos profissionais médicos.
- g) Ao longo dos últimos anos o poder de pressão sobre os governantes ocorreu de maneira diferen-

cial, sendo que nos locais onde a categoria estava mais organizada isto resultou em uma diferenciação interna não apenas nos níveis de remuneração, como nos compromissos efetivamente firmados com os serviços.

- h) A inércia dos serviços públicos - onde a sub-remuneração corresponde o sub-trabalho, ou mesmo o não trabalho - criou uma "cultura organizacional" de difícil ruptura, mesmo removida. a causa inicial do problema detectado.

Num outro sentido, o mercado de trabalho em saúde sofreu algumas alterações que podem reverter a tendência apontada de inércia e desqualificação do setor público. Existe hoje um grande número de profissionais jovens, que como será mostrado, estão sub-empregados e mal remunerados, que poderiam ser sensibilizados a dedicar-se de maneira efetiva ao setor público, sob condições determinadas.

Ainda que se tenha identificado corretamente os problemas na área de Recursos Humanos a proposição de soluções envolve uma grande complexidade. Isso se deve principalmente aos seguintes fatores:

- . apesar do aumento dos investimentos no setor social, os gastos governamentais com saúde estão, ainda hoje, muito aquém do que seria necessário.
- . O aparelho formador está muito distanciado da prestação de serviços de saúde, vislumbrando-se uma melhor adequação tão somente a médio prazo.
- . A Existência dos três níveis de governos no planejamento e execução de serviços faz com que as soluções não possam ser descontextualizadas de

toda a discussão da descentralização administrativa, ora em curso.

- Todo o pessoal hoje vinculado aos serviços públicos, além da evidente heteronomia salarial, está submetido a diferentes regimes de trabalho, o que complexifica sobretudo a solução. Convivem estatutários federais, estaduais e municipais, celetistas vinculados aos três níveis de governo, pessoal autônomo credenciado, pessoal autônomo autorizado entre outros.

Torna-se portanto um desafio a ser enfrentado o equacionamento do problema. Não é necessário frisar que caso não se encontre uma solução aceitável para esta grave questão será difícil progredir na direção de uma nova política de saúde no Brasil.

A Força de Trabalho Médica no Brasil*

A força de trabalho médica representava 14,7% do total de profissionais de saúde no Brasil em 1970, passando a representar 17,1% deste total em 1980, com 101.793 profissionais (Tabela I). Em 1986 estima-se em 135.000 o número de médicos no Brasil.

Uma primeira característica desta força de trabalho na década de 70 foi o seu Rejuvenescimento. Como pode ser observado na Tabela II, o número de médicos com menos de 30 anos que representava 14% do total destes profissionais em 1970, passou a representar 23% em 1980.

Este rejuvenescimento da força de trabalho médica é atribuído ao aumento do número de vagas nas escolas médicas e a ampliações dos horizontes do mercado de trabalho.

* A maior parte destes dados foram retirados dos trabalhos de André César Médici e Roberto Passos Nogueira, sobre Recursos Humanos em Saúde no Brasil.

TABELA I
PROFISSIONAIS EM SAÚDE NO BRASIL
1970-1980

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	1 9 7 0		1 9 8 0		(%)
	Absoluto	%	Absoluto	%	
NÍVEL SUPERIOR (1).....	84.824	27,65	174.853	29,42	185,14
médicos.....	48.113	14,71	101.793	17,13	128,64
odontólogos.....	20.376	9,90	55.116	9,27	81,14
farmacêuticos.....	4.361	1,42	5.360	3,99	34,37
enfermeiros.....	4.974	1,62	12.084	2,03	142,81
NÍVEL MÉDIO E ELEMENTAR..	221.906	72,35	419.553	70,58	69,07
parteiros.....	4.190	1,37	3.446	0,55	- 17,75
personal de enfermagem.....	134.099	43,72	300.358	50,54	124,03
fisioterapeuta e massagista...	3.478	1,13	13.591	2,35	302,07
operadores de raio-X.....	8.003	2,61	6.735	1,13	- 15,80
protéticos.....	3.993	1,30	13.031	2,19	226,35
práticos de farmácia.....	8.856	2,89	12.724	2,14	43,68
laboratoristas.....	42.390	13,82	46.579	8,24	15,54
guardas sanitários.....	16.897	5,51	20.555	3,41	18,88
TOTAL.....	306.730	100,00	594.406	100,00	93,79

(1) Não são incluídos os psicólogos, os nutricionistas e os assistentes sociais

TABELA II
ESTRUTURA ETÁRIA DA FORÇA DE
TRABALHO MÉDICA NO BRASIL
1970 - 1980

GRUPOS DE IDADE	ANO	
	1970	1980
TOTAL (1)	100,00	100,00
20 - 24 anos	0,45	1,10
25 - 29 anos	13,58	21,64
30 - 39 anos	32,39	43,82
40 - 49 anos	23,37	18,44
50 - 59 anos	19,12	8,72
60 anos e mais	10,88	6,28

(1) Inclui as pessoas com idade ignorada.

TABELA III
TAXA DE PARTICIPAÇÃO FEMININA (1) NOS PROFISSIONAIS
EM MEDICINA NO BRASIL, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE
1970 - 1980

GRUPOS DE IDADE	TAXA DE PARTICIPAÇÃO FEMININA		INCREMENTO BRUTO (%)
	1970 (%)	1980 (%)	
TOTAL	11,6	20,6	77,6
20 - 29 anos	23,7	37,2	57,0
30 - 39 anos	13,5	20,9	54,8
40 anos e mais	7,5	8,4	12,0

(1) A taxa de participação feminina por idade é aqui definida pela razão entre a força de trabalho feminina na idade i e a força de trabalho total na mesma idade i .

Paralelamente a este rejuvenescimento ocorreu uma "feminilização" desta força de trabalho, fenômeno geral nas profissões de nível superior, na década de 70.

A Tabela III mostra um incremento da participação feminina em todas as faixas etárias, sendo o aumento maior verificado nas faixas etárias mais jovens.

a) Institucionalização e privatização do trabalho médico;

Denomina-se institucionalização do trabalho médico o aumento destes profissionais nos setores diretamente ligados às instituições de saúde.*

A participação dos médicos em setores diretamente ligados à saúde cresceu de 45% em 1970 para 71% em 1980 (Tabela IV)

TABELA IV
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS MÉDICOS
NO BRASIL, SEGUNDO SETORES DE ATIVIDADE
1970 - 1980

SETORES DE ATIVIDADE	ANOS DE REFERÊNCIA		INCREMENTO BRUTO DAS PARTICIPAÇÕES RELATIVAS (%)
	1979 (%)	1980 (%)	
TOTAL	100,00	100,00	-
1) Setor diretamente ligado à Saúde	44,79	70,71	57,87
2) Setor indiretamente ligado à Saúde	32,62	19,28	- 40,90
3) Outros setores	22,59	10,01	- 55,69

* Setores-diretamente ligados à saúde englobam a "assistência médico hospitalar pública e privada e os serviços odontológicos".

Houve também uma "privatização" do trabalho médico na década de 70. Este termo foi utilizado para destacar o grande crescimento do emprego médico na rede de assistência médico-hospitalar-privada 74%, quando comparado ao crescimento da assistência médico hospitalar pública, que cresceu apenas 7% neste mesmo período (Tabela V)

Esta "privatização" no trabalho médico, ocorrida na década de 70, não irá se repetir no início da década de 80. Neste período (80/84) irá ocorrer um aumento maior do número de empregos no setor público.

Em 1984 mais da metade dos empregos nos estabelecimentos de saúde eram oferecidos pelo setor público (Tabela VI).

TABELA V
DISTRIBUIÇÃO PERCÉNTUAL DOS MÉDICOS
NO BRASIL, SEGUNDO SETORES DE ATIVIDADE
1970 - 1980

SETORES DE ATIVIDADE	ANOS DE REFERÊNCIA		INCREMENTO BRUTO DAS PARTICIPAÇÕES RELATIVAS (%)
	1970 (%)	1980 (%)	
TOTAL	100,00	100,00	-
1) Assistência Médico-Hospitalar Pública	23,51	25,21	7,23
2) Assistência Médico-Hospitalar Partic.	21,28	36,86	73,21
3) Outros Setores (*)	55,21	37,93	- 31,30

(*) Os outros setores englobam "Saneamento, Abastecimento e Melhoramentos".

TABELA VI
EMPREGOS MÉDICOS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE* NO
BRASIL, SEGUNDO A NATUREZA DO ESTABELECIMENTO

ANO	TOTAL	%	PÚBLICO	%	PRIVADO	%
1930	146.091	100	67.889	46	78.202	54
1984	194.062	100	98.649	50,3	95.413	49,2

b) A distribuição do emprego médico;

As Tabelas VII.A e VII.B mostram como estes postos de trabalho estão distribuídos.

Nos estabelecimentos públicos de saúde o aumento de postos de empregos se deu em todos os 3 níveis, de 1930 a 1984, sendo que a participação relativa dos empregos estaduais aumentou em detrimento dos federais.

Com relação à distribuição dos empregos médicos entre os estabelecimentos com e sem internação verificamos que houve um pequeno aumento na participação relativa dos últimos, que já representavam mais de 50% em 1980, sendo que o conjunto dos empregos médicos oferecidos cresceu 31% no período considerado, para o setor público.

Já o setor privado apresentou um aumento de 22% no total dos empregos médicos, de 1980 a 1984. Este aumento ocorreu ex

* O conceito de Estabelecimentos de Saúde constante das pesquisas de Assistência Médico-Sanitárias (AMS), de onde foram retirados os dados, abrange apenas os Postos de Saúde, Centros de Saúde, Policlínicas os Postos de Assistência Médica, Pronto Socorro, Unidade Mista e Hospitais.

clusivamente por conta dos empregos nos estabelecimentos privados lucrativos. Nos estabelecimentos privados não lucrativos o número de postos de trabalhos médicos manteve-se inalterado, havendo apenas uma "transferência de vagas dos estabelecimentos sem internação para os estabelecimentos com internação.

Majoritariamente os empregos médicos no setor privado são oferecidos em estabelecimentos com internação. (30% em 1930 e 78 em 1984).

Em números absolutos eram oferecidos, em 1984, cerca de 194.000 empregos nos estabelecimentos de saúde, para um total estimado de 122.700 médicos.

Assim, pode-se prever que grande parte desses empregos, ou sua maioria, deve ser oferecido em tempo parcial.

É o que pode ser constatado na Tabela VIII. Ao contrário do verificado em relação aos outros profissionais que trabalhavam na área, os empregos médicos oferecidos nos estabelecimentos de saúde eram predominantemente em tempo parcial (78% em 1930).

Outro fato a ser destacado é que de 1976 a 1980 o percentual de empregos em tempo integral para médicos diminuiu de 25 para 22%.

TABELA VII.A

POSTOS DE TRABALHO MÉDICO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO BRASIL - 1980

MODALIDADE DO ESTABELECIMENTO	PÚBLICOS				PRIVADOS		
	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL	TOTAL	LUCRATIVO	NÃO LUCRATIVO	TOTAL
Com internação	5.756	13.519	12.874	32.149 (47,4%)	31.582	31.189	62.771 (80,3%)
Sem internação	6.232	11.151	18.357	35.740 (52,6%)	9.572	5.859	15.431 (19,7%)
TOTAL	11.988 (17,7%)	24.670 (36,3%)	31.231 (46,0%)	67.889 (100,0%)	41.154 (52,6%)	37.048 (47,4%)	78.202 (100,0%)

TABELA VII.B

POSTOS DE TRABALHO MÉDICO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NO BRASIL - 1984

MODALIDADE DO ESTABELECIMENTO	PÚBLICOS				PRIVADOS		
	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL	TOTAL	LUCRATIVO	NÃO LUCRATIVO	TOTAL
Com internação	7.566	20.891	17.466	45.923 (46,6%)	41.390	33.014	74.404 (78,0%)
Sem internação	9.924	18.117	24.685	52.726 (53,4%)	16.934	4.075	21.009 (22,0%)
TOTAL	17.490 (17,7%)	39.008 (39,6%)	42.151 (42,7%)	98.649 (100,0%)	58.324 (61,1%)	37.089 (38,9%)	95.413 (100,0%)

TABELA VIII
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS EMPREGOS NOS ESTABELECIMENTOS
NO BRASIL PARA ALGUMAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS
SEGUNDO O REGIME DE TRABALHO
1976 - 1980

ANOS DE REFEREN- CIA E REGIME DE TRABALHO	CATEGORIAS PROFISSIONAIS		
	PROFISSIONAIS EM SAUDE	PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR	MEDICOS
1976	100,00	100,00	100,00
Integral	62,85	30,96	24,94
Parcial	37,15	69,04	75,06
1980	100,00	100,00	100,00
Integral	68,47	29,57	21,85
Parcial	31,53	70,43	78,15

c) Nível de rendimento e jornada de trabalho

Ao analisarmos o rendimento médio dos médicos em salários mínimos, na década de 70, verificamos que houve uma bipolarização dos rendimentos. Houve um incremento na participação relativa dos profissionais que ganham até 5 Salários Mínimos e daqueles que ganham mais de 20. (Tabela IX).

Pesquisa realizada sob a coordenação de Cecília Donnangelo*, apresenta dados, para a região metropolitana de São Paulo, diferentes dos dados nacionais apresentados acima, em relação ao nível de rendimento dos médicos, na década de 70. Enquanto os dados nacionais apontam para uma bipolarização dos rendimen

* Condições do Exercício Profissional da Medicina na Área Metropolitana de São Paulo - Relatório de Pesquisa - Coordenadora: Maria Cecília Donnangelo.

TABELA IX
DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM MEDICINA NO
BRASIL, SEGUNDO CLASSES DE RENDIMENTO MÉDIO MENSAL
1970 - 1980

CLASSES DE RENDIMENTO MÉDIO MENSAL (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	ANOS DE REFERÊNCIA		
	1970 (%)	1980 (%)	INCREMENTO BRUTO DA PARTICIP. RELAT. (%)
TOTAL (1)	100,00	100,00	-
Até 5	9,36	10,55	12,71
Mais de 5 a 10	23,13	19,98	- 13,62
Mais de 10 a 15	23,01	19,44	- 15,51
Mais de 15 a 20	21,96	13,83	- 37,02
Mais de 20 a 30	14,60	21,08	44,38
Mais de 30	7,93	15,11	90,54

(*) Exclui-se os médicos sem declaração de rendimentos.

TABELA X
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS MÉDICOS DE
SÃO PAULO SEGUNDO A RENDA MENSAL
1971 - 1980

ANO	RENDA EM Nº DE SALÁRIOS MÍNIMOS	ATE 17 (1)	17 a 35	MAIS DE 35
1971		32%	40%	28%
1980		64%	25%	11%

(1) Para o ano de 1971 deve ser considerado até 18 SM.

tos, os resultados desta pesquisa mostram que houve queda na porcentagem de médicos que tem gastos acima de 17 SM, neste período (Tabela X).

Dados do INAMPS, de 1984, referentes ao pagamento de honorários médicos a profissionais vinculados à previdência social através do "Sistema AIH", apontam também no sentido de uma concentração de rendimento. Assim é que do total de médicos que receberam algum tipo de honorários por esta forma de pagamento em 11 meses no Brasil - 45.070 médicos de um total de aproximadamente 75.000 credenciados por este sistema, os 5% dos profissionais que receberam melhor remuneração consumiram 22% dos recursos; e os 20% mais bem remunerados receberam 56% dos recursos (Gráfico).

Dentro da categoria médica, são os jovens e as mulheres que recebem menor remuneração. Pode-se observar uma grande discrepância no nível de rendimentos dos médicos de acordo com o sexo e idade. Em 1980 enquanto mais de 60% dos médicos com mais de 40 anos ganhavam acima de 20 SM, menos de um quarto dos médicos com idade inferior a 39 anos recebiam esta quantia (Tabela XI).

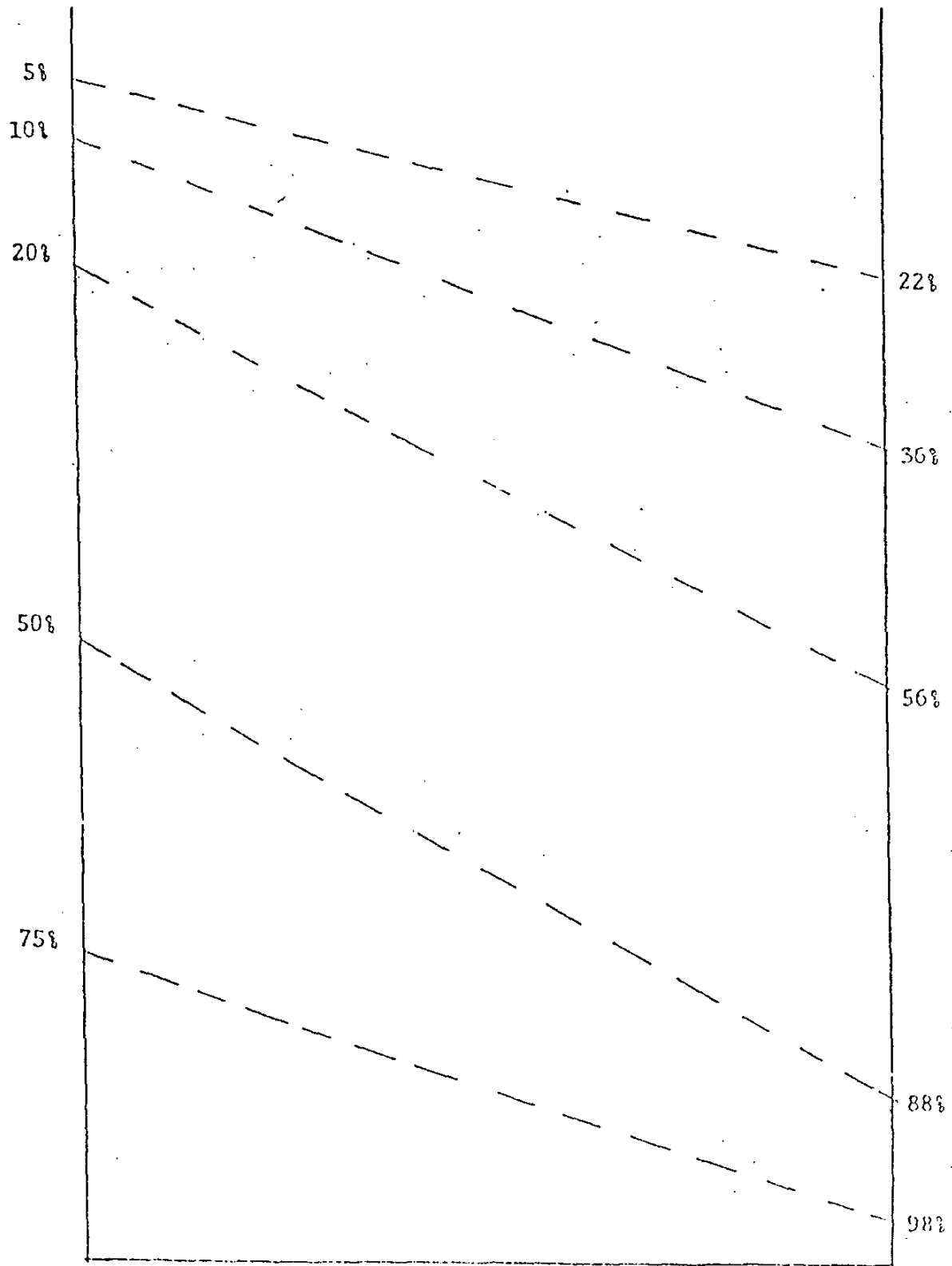
Quando analisamos a distribuição de rendimentos segundo o sexo verificamos que no ano de 1980, enquanto 23% das mulheres médicas tinham rendimentos inferiores a 5 SM os médicos que auferiam rendimentos neste patamar era inferior a 7% (Tabela XII).

HONORÁRIOS MÉDIOS PAGOS PELO INAMPS A MÉDICOS CREDENCIADOS PELO "SISTEMA AIII"

NO BRASIL, NO PERÍODO DE 11 MESES - DEZEMBRO DE 1983 a OUTUBRO DE 1984

MÉDICOS (%)

(%) RENDIMENTO



BS: Existem aproximadamente 75.000 médicos credenciados pelo "Sistema AIII" no Brasil, dos quais 45.070 auferiram algum tipo de rendimento nos 11 meses pesquisados (Dez. 83 a Out. 84).

TABELA XI
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS MÉDICOS POR SEXO,
SEGUNDO CLASSES DE RENDIMENTO MÉDIO MENSAL
1970 - 1980

CLASSES DE RENDIMENTO MÉDIO MENSAL (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	ANOS DE REFERÊNCIA			
	1970		1980	
	HOMENS	MULHERES	HOMENS	MULHERES
TOTAL (1)	100,00	100,00	100,00	100,00
Até 5	6,20	33,13	6,92	22,69
Mais de 5 a 10	21,34	38,18	14,39	42,75
Mais de 10 a 20	47,33	26,79	35,11	26,82
Mais de 20 a 30	16,20	1,90	25,46	4,20
Mais de 30	8,93	-	18,12	3,54

(1) Exclui os sem declaração de rendimento e os com remuneração inferior a 1 salário mínimo.

TABELA XII
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS MÉDICOS POR GRUPOS DE IDADE, SEGUNDO CLASSES DE RENDIMENTO MÉDIO MENSAL
BRASIL - 1970 - 1980

CLASSES DE RENDIMENTO MÉDIO MENSAL (EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	GRUPOS DE IDADE		ANOS DE REFERÊNCIA	
	1970		1980	
	ATÉ 39 ANOS	40 ANOS E MAIS	ATÉ 39 ANOS	40 ANOS E MAIS
TOTAL (1)	100,00	100,00	100,00	100,00
Até 5	12,38	6,38	14,05	1,91
Mais de 5 a 10	30,55	16,44	25,73	8,20
Mais de 10 a 20	43,79	46,39	35,66	28,88
Mais de 20	13,28	30,79	24,56	61,01

(1) Exclui os sem declaração de rendimento e os com renda inferior a 1 salário mínimo.

Outra característica importante do trabalho médico na década de 70 foi a multiplicação e a complexidade das formas de inserção do médico no mercado de trabalho. Utilizando o caso de São Paulo como exemplo, verificamos que cada médico tem, em média, 2,4 situações de empregos remunerado (Tabela XIII).

TABELA XIII

DISTRIBUIÇÃO DOS MÉDICOS SEGUNDO NÚMERO DE SITUAÇÕES DE TRABALHO REMUNERADO NA ÁREA METROPOLITANA DE SÃO PAULO NO ANO DE 1980

Nº DE SITUAÇÕES DE TRABALHO REMUNERADO	Nº	%
DESEMPREGO OU TRABALHO VOLUNTÁRIO	9	1,1
1	193	24,5
2	260	33,0
3	209	26,5
4	86	10,9
5	25	3,2
6	3	0,4
7	2	0,3
8	1	0,1
TOTAL (*)	788	100,0

(*) Excluídos os casos sem informação.

Da mesma forma que houve uma bipolarização dos rendimentos, na década de 70, houve uma bipolarização da jornada de trabalho. A Tabela XIV mostra que houve um aumento do número de médicos que trabalham menos de 39 horas/semanais e daqueles que trabalham mais de 50 horas/semanais.

TABELA XIV
DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM MEDICINA NO
BRASIL, SEGUNDO HORAS SEMANAIS TRABALHADAS
EM TODAS AS OCUPAÇÕES
1970 - 1980

CLASSES DE HORAS SEMANAIS TRABALHADAS	ANOS DE REFERÊNCIA		
	1970 (%)	1980 (%)	INCREM. BRUTO PARTIC. RELA TIVA (%)
TOTAL (1)	100,00	100,00	-
Até 15 horas semanais	1,79	1,81	1,12
16 a 39 horas semanais	15,90	24,07	51,38
40 a 49 horas semanais	45,50	27,89	- 38,70
50 horas semanais e mais	36,81	46,23	25,59

(1) Exclui-se os médicos sem declaração de horas trabalhadas.

CONCLUSÕES

Feita a caracterização da força de trabalho médica no Brasil podemos, a luz dos dados apresentados, submeter a esta comissão um conjunto de propostas que podem contribuir com o encaminhamento e equacionamento do problema em questão.

O objetivo das propostas apresentadas é o de tentar compatibilizar as reivindicações e necessidades dos profissionais médicos com a melhoria da qualidade do atendimento prestado e da resolutividade do sistema de saúde.

Trataremos especificamente das propostas relativas à isonomia salarial e do emprego único, com ou sem dedicação exclusiva.

a) A isonomia salarial;

A reivindicação da isonomia salarial com os profissionais do INAMPS, levada neste momento pelos médicos e outras categorias profissionais, no que pese ser uma medida justa, não será a panacéia para resolução dos males hoje detectados.

A decisão isolada pela concessão da isonomia, ainda que atenda conjunturalmente aos pleitos hoje formulados pelas categorias profissionais poderá não garantir, caso não seja acompanhada de outras medidas, uma melhoria qualitativa dos serviços. A situação do múltiplo emprego, por exemplo, não será solucionada. Acentuar-se-á então o desnível salarial entre as categorias habilitadas legalmente a contrair múltiplo vínculo, como é o caso médico, uma vez que se constatou uma grande heterogeneidade em relação ao número de vínculos, bem como agravará o desnível salarial entre as categorias multi-empregadas e as demais, com evidentes repercursões sobre os serviços de saúde.

A origem dos recursos que permitam às Secretarias Estaduais a concessão da isonomia deve ser também estudada. Caso se opte por estas propostas, medidas complementares como incremento percentual dos orçamentos estaduais destinados à saúde bem como uma maior participação das instituições federais (MS, INAMPS, Outros) neste custeio, poderão oferecer as condições para que se possa incrementar a medida.

Um dos mecanismos pensados para este relacionamento entre as instituições federais e estaduais, no que se refere ao financiamento da rede de serviços, foi uma divisão na qual os tesouros estaduais arquem com as folhas salariais e as instituições no nível federal com os demais custeios. Esta medida funcionaria como uma vinculação da origem dos recursos à sua utilização.

Caso se decidissem por esta fórmula, estudo anteriormente realizado pelos autores deste texto mostra que a maioria das Unidades Federadas poderiam sustentar a isonomia salarial, uma vez que os recursos necessários à implantação da medida superam a economia que representaria a não participação nos outros custeios da rede de serviços.

Observou-se, entretanto, que esta proposta poderia acentuar as graves distorções ora existentes entre os percentuais destinados ao pagamento de pessoal e encargos os outros custeios nas diferentes realidades estaduais, que seguramente tem reflexos no nível de resolutividade dos serviços de saúde (Tabela XV). Exemplificando: uma secretaria que gaste mais de 4/5 dos seus recursos com pessoal certamente terá dificuldades de suprimento dos serviços, prejudicando a resolutividade. Por outro lado, o gasto de menos de 50% com as folhas salariais deverá indicar ou a existência de serviços de grande complexidade ou a incapacidade de gastos dos suprimentos existentes.

TABELA XV

GASTOS ESTIMADOS PELA SECRETARIA ESTADUAL DE
SAÚDE NO PAGAMENTO DE PESSOAL E CUSTEIOS DA
REDE DE SERVIÇOS, PARA O ANO DE 1986

ESTADO	PERCENTUAL GASTO COM PESSOAL E ENCARGOS	PERCENTUAL GASTO COM OUTROS CUSTEIOS
Rio Grande do Sul	55%	45%
Santa Catarina	58%	42%
Paraná	56%	44%
São Paulo	46%	54%
Minas Gerais	64%	36%
Rio de Janeiro	-	-
Espírito Santo	-	-
Mato Grosso do Sul	50%	50%
Mato Grosso	81%	19%
Distrito Federal	80%	20%
Goiás	48%	52%
Bahia	86%	14%
Sergipe	49%	51%
Alagoas	61%	39%
Pernambuco	63%	37%
Paraíba	80%	20%
Rio Grande do Norte	56%	34%
Ceará	67%	33%
Piauí	37%	63%
Maranhão	-	-
Pará	60%	40%
Amazonas	65%	35%
Rondônia	-	-
Acre	-	-
Amapá	-	-
Roraima	-	-

Assim, tentando equalizar a relação entre os órgãos federais e estaduais pode-se propor, com base na observação internacional, que para serviço com a complexidade média dos existentes no Brasil, é razoável esperar que entre 60 e 70% do total dos recursos disponíveis deverão ser consumidos com as folhas de pagamento.

Como forma de homogeneização poderia se propor uma forma de co-financiamento através da qual as instituições federais (INAMPS, MS, Outros) se responsabilizassem por 35% do orçamento global das SES. Ou seja, estas instituições federais repassariam às SES um montante de recursos proporcionais a dotação do tesouro estadual, no percentual proposto acima.

Os recursos necessários à concessão pura e simples da isonomia salarial poderiam ter aplicação alternativa, caso se optasse por esta proposta, uma vez que a utilização destes recursos ficaria a cargo de cada SES e serviriam para, além de efetivar a isonomia salarial, de acordo com mecanismos particulares de cada Unidade Federada, destinar um percentual maior de recursos para o custeio da rede de serviços, uma vez que na maior parte dos estados, como visto anteriormente, este percentual está muito aquém do desejado.

Haveria, neste caso, um mecanismo de relacionamento das instituições públicas federais e estaduais que seria semelhante à co-gestão. Independentemente entretanto, da participação do nível federal na administração e gerência dos serviços estaduais de saúde deveriam ser assegurados, como compromisso das SES e cumprimento de dois itens: a isonomia salarial com os profissionais do INAMPS e a destinação de um percentual mínimo do orçamento da secretaria para custeio da rede de serviços, que teria caráter de contra partida aos recursos federais destinados. Este percentual mínimo, que deverá se situar entre 30 e 40%, será estabelecido para cada caso.

b) Dedicaco exclusiva aos Serviços Públicos de Saúde ;

Paralelamente ¢ adoção da proposta anterior deverão ser criados mecanismos que incentivem o trabalho em tempo integral e/ou dedicação exclusiva dos profissionais aos serviços públicos de saúde.

Presume-se que haveria concordância dos trabalhadores da saúde com uma proposta de incentivo ¢ dedicação exclusiva ¢ rede interinstitucional pública, preferentemente como o exercício em tempo integral geográfico e dedicação exclusiva, adotada uma política de remuneração condigna. Tal medida seria ainda de interesse da população atendida, bem como dos serviços que desta forma, se livrariam de práticas advindas da dupla militância, seja entre os serviços públicos/privados ou qualquer outra combinação, que representam hoje um grave problema a ser enfrentado.

Além disso, entre as várias propostas que estão sendo discutidas, visando a redefinição do modelo de assistência ¢ saúde, destaca-se a de organização dos distritos sanitários.

Nesta proposta o profissional médico teria uma clientela inscrita e/ou uma região geográfica como base para o seu trabalho, garantido-se mecanismos efetivos de referência, onde o próprio médico poderia acompanhar sua clientela no hospital.

Sendo ou não implementada esta proposta, ou outra semelhante, o trabalho em tempo integral pode permitir ao profissional com um único vínculo (seja federal, estadual ou municipal) trabalhar em instituições públicas de qualquer um dos níveis.

Esta flexibilidade será possível se imaginarmos um sistema de saúde minimamente integrado.

Futuramente a proposta de emprego único geográfico terá sua implementação facilitada pela adoção do fundo único de saúde, caso este venha a se efetivar. A partir deste momento será possível elaborar um plano também único de cargos e salários para as categorias profissionais, resguardadas as especificidades e peculiaridades regionais.

Defende-se aqui que além do trabalho em tempo integral deve-se incentivar a dedicação exclusiva aos serviços de saúde que é, segundo nossa avaliação, a forma definitiva de resolver não só o problema do múltiplo emprego como também a forma de possibilitar aos médicos exercerem um trabalho junto a comunidade, bem como participarem de cursos de reciclagem profissional.

Ficou constatado anteriormente a existência de uma massa de profissionais de saúde que se encontra numa situação de subemprego ou tendo que trabalhar num número excessivo de horas, em múltiplos empregos, para perceber seus rendimentos. Certamente parte considerável desta massa de profissionais sentiria atraída pela proposta da dedicação exclusiva, o que representaria para ela menor exploração do trabalho, que seria exercido em condições mais dignas. Esta massa de profissionais deve situar hoje entre um terço e metade da categoria médica.

A adoção desta política poderá representar um "saneamento" do mercado de trabalho, com o seu nítido reordenamento. Apenas não se beneficiarão desta proposta os profissionais possuidores de múltiplos vínculos empregatícios que, via de regra, não têm aí sua fonte principal de rendimentos.

Reaparece aqui a questão sobre as fontes de recursos que deverão fazer frente a este aumento de despesas. Acredita-se que uma parte destes recursos poderão advir do próprio reordenamento dos empregos públicos, que abrirão situações onde os profissionais deverão optar por um deles.

Outra poderá advir da decisão política de reorientar os recursos hoje aplicados pela Previdência Social nos credenciamentos. Se os credenciamentos foram necessários em um momento, onde a rede pública era claramente insuficiente para atender a demanda e o conceito da universalização do acesso aos serviços não era ainda corrente, nada justifica sua permanência nos dias atuais. É sabido que os credenciamentos constituem, via de regra, mecanismos de manutenção de privilégios dentro das categorias profissionais, acentuando sobretudo as disparidades de ganhos, como foi mostrado.

Uma terceira fonte que não poderá ser jamais esquecida é a de recursos adicionais que deverão ser injetados no setor saúde. Defende-se que a prioridade do social não seja um mero exercício retórico mas deve se transformar em realidade. Desta forma, os investimentos da União no sistema, seja através de recursos ordinários, seja através de recursos vinculados a saúde, farão com que o importante desiderato de ser a saúde um direito equânime dos cidadãos possa ser levado a efeito.

Existem indicações, entretanto, que o simples reordenamento dos empregos oferecidos pela rede pública possa propiciar, em relação às horas efetivamente trabalhadas pelos profissionais, uma considerável economia. Caso se acordasse no tratamento global da questão, com a criação de mecanismos compartilhados entre a Previdência Social, os demais órgãos federais e os órgãos estaduais e municipais, para o equacionamento do problema, os ganhos obtidos, sem dúvida, ultrapassariam os investimentos.

Deve ser lembrado que este conjunto de medidas propostas não são excludentes em seu conjunto podendo, de acordo com os entendimentos levados a cabo com as entidades representativas dos trabalhos em geral e dos profissionais da área da saúde em particular, optar-se por modificações progressivas, acompanhando os desenvolvimentos das novas políticas de saúde posta em prática.

Finalmente, gostaríamos de ressaltar que as propostas de isonomia salarial e dedicação exclusiva estão em plena consonância com as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, e deverão ser pensadas de maneira articulada com um elenco de medidas que são necessárias para o perfeito funcionamento dos serviços de saúde, tais como:

- concurso público para o ingresso de profissionais em qualquer instituição do setor público, seja federal, estadual ou municipal, da administração direta ou indireta;
- Redefinição de uma política de formação de recursos humanos para o setor saúde nos níveis federal, estadual e municipal, distribuindo funções e atribuições para cada um dos níveis, integrando-se a formação de profissionais ao sistema de saúde. Esta política de formação de Recursos Humanos deve abranger as áreas de capacitação e reciclagem de pessoal;
- adoção de mecanismos explícitos da progressão funcional, através da elaboração de um plano de cargos e salários (ou planos regionais), debatidos com as categorias profissionais, onde sejam estabelecidas formas de avaliação de desempenho profissional, garantindo a qualidade dos serviços prestados.
- integração constante entre aparelho formador-serviço, nas atividades de investigação e pesquisa, buscando a constante adequação entre os perfis epidemiológicos, e suas modificações, com as propostas de intervenção dos serviços na resolução destes problemas.

Ficha Técnica

- CAMPOS, Francisco Eduardo de & OLIVEIRA JUNIOR, Mozart de. Médico - Mestre em Medicina Social, Sanitarista - Professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFMG