Para Medir o Mercado de Trabalho em Saúde: Principais Fontes de Informações

(To Measure the Workforce Market in Health: Main Information Sources)

Eliane dos Santos de Oliveira[1]
Maria Helena Machado[2]
Neuza Maria Nogueira Moyses[3]

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar as principais fontes de dados existentes capazes de medir o mercado de trabalho de saúde no Brasil, apresentando suas vantagens, fronteiras e limitações mais gerais. Para efeito de caracterização a análise está focada por modalidades de pesquisas: domiciliares, estabelecimentos e registros administrativos. As autoras sugerem cautela ao comparar as bases entre si, tendo em vista que as principais fontes estatísticas descritas no presente artigo apresentam limitações metodológicas para captar os movimentos recentes de terceirização e de flexibilização das relações de trabalho existentes hoje no país, uma vez que essas bases oficiais só pesquisam empregos formais inseridos no mercado de trabalho em saúde. No entanto, as autoras destacam inúmeras vantagens na utilização de pesquisas como os censos, a Pesquisa Nacional de Domicílios (PNAD) e a Pesquisa Assistência Médico Sanitária (AMS), haja vista o amplo e rico leque de variáveis disponibilizadas por elas, as quais possibilitam um conhecimento acurado do mercado de trabalho e dá um indicativo ágil dos efeitos da conjuntura econômica sobre a estrutura ocupacional de saúde, além de atender a outras necessidades importantes para a formulação, o acompanhamento e a avaliação das políticas de saúde.

Palavras-chave: fontes de dados, força de trabalho, informações em saúde.

[1] Nutricionista; pesquisadora colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); gerente da Estação de Trabalho − ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ; oliveira@ensp.fiocruz.br.

[2] Socióloga; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); coordenadora da Estação de Trabalho − ObservaRH da ENSP/FIOCRUZ; diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde do MS(DEGERTS/MS); machado@ensp.fiocruz.br.

[3] Socióloga; pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ); coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em recursos humanos em saúde − NERHUS/FIOCRUZ; moyses@ensp.fiocruz.br

Abstract

The aim of this article is to analyse the main sources of existing data able to measure health labor market in Brazil, showing their most general advantages and limitations. The discussion will be focused on research modules: domiciliary, administrative establishments, and registrations. The authors suggest caution when comparing bases among themselves as the described statistical sources present methodological limitations in capturing the recent contract movement and the actual flexibility of labor relations in the country, keeping in mind that these official bases only survey formal employment inserted into the health labor market. However, stand out there are numerous advantages in using national surveys such as the Census, National Domiciliary Surveys (PNAD), and the Sanitary Medical Assistance Surveys (AMS). They have seen the vast and rich diversity of available variables for such theme which makes possible an accurate knowledge of the labor market and provides an agile indicator of the effects of the economic situation regarding the occupational structure of health as well as meeting other important necessities for the creation, monitoring, and evaluation of health policies.

Keywords: data sources, workforce, health information.

Introdução

O sistema de saúde no Brasil está organizado em dois segmentos: o **público** e o **privado,** que é restrito àqueles que pagam por seus serviços, enquanto o primeiro (o Sistema Único de Saúde – SUS) garante assistência gratuita a todos os cidadãos brasileiros nos 5.564 municípios do país.

No subsistema privado, distinguem-se dois segmentos, ambos beneficiados por alguma forma de incentivo fiscal do governo: (1) o de planos e seguros de saúde, denominado sistema suplementar, de afiliação voluntária, não compulsória, financiado com recursos de empregadores e/ou de empregados (em casos de contratos empresariais coletivos) ou exclusivamente pelas famílias; e (2) o outro, de acesso direto a provedores privados por meio de pagamento no ato da prestação dos serviços assistenciais. É importante evidenciar a grandeza do sistema suplementar na atenção à saúde − abrange aproximadamente 42 milhões de beneficiários, ou seja, 22% da população brasileira (ANS, 2009). Está nas referencias

Os dados do Quadro 1 permitem observar a forte participação do SUS na oferta de serviços de saúde no país. Considerando o conjunto de 77 mil estabelecimentos, 45.089 (58,6%) são públicos e 31.915 (41,4%) privados, destes últimos, 30,6% faz parte da rede conveniada com o SUS. A distribuição dos leitos hospitalares e dos empregos segue o mesmo perfil, ou seja, quase 90% estão disponíveis para o SUS. Os dados apontam para uma maior concentração de empregos na esfera pública, o que está em consonância com os princípios de descentralização da gestão e municipalização dos serviços de saúde, tanto no âmbito da assistência hospitalar quanto no atendimento ambulatorial. Se somados com os empregos privados conveniados, verificamos que o SUS absorve, ao todo, 80% da força de trabalho do setor de saúde – cerca de dois milhões de empregos.

QUADRO 1 − Sistema de Saúde – Brasil, 2005

1. Sistema público	Nº. Abs.
Estabelecimentos	45.089
• Com internação	2.727
• Sem internação	41.260
• Apoio a diagnose e terapia	1.102
Leitos	148.966
Empregos	1.448.748
2. Sistema privado conveniado com o SUS	**Nº. Abs.**
Estabelecimentos	9.766
• Com internação	3.066
• Sem internação	1.900
• Apoio a diagnose e terapia	4.800
Leitos	241.578
Empregos	610.398
3. Sistema privado não SUS	**Nº. Abs.**
Estabelecimentos	22.149
• Com internação	1.362
• Sem internação	12.168
• Apoio a diagnose e terapia	8.619
Leitos	52.666
Empregos	507.547

Fonte: IBGE, *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária*, 2005.

Características do Mercado de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil

No Brasil, o mercado de trabalho em saúde apresenta traços estruturais mais ou menos interligado e diferente dos demais setores. Em relação à aceleração da atividade econômica, o emprego em saúde não é tão elástico quanto os demais empregos. Ou seja, quando a economia cresce, o emprego em saúde também se eleva, mas numa proporção menor. Por outro lado, quando a economia desacelera, não ocorre queda importante no nível do emprego em saúde, dado que esse é um tipo de consumo essencial para a subsistência da população também porque esses serviços estão muito associados à participação do Estado. De modo geral, o comportamento do emprego não é afetado de maneira muito profunda pelos ciclos econômicos de expansão e retração (NOGUEIRA, 2006).

Trata-se de um ramo dinâmico na contratação de mão de obra do setor terciário da economia brasileira; em 2005, possuía em torno de 3,9 milhões de postos de trabalho − o que representava 4,3% da população ocupada no país. Desse total, 2,6 milhões tinham vínculo formal, 690 mil eram postos de trabalho sem carteira assinada e 611 mil, autônomos (IBGE, 2009)

Outra característica da área é que a saúde absorve com muita rapidez as mudanças do mercado de trabalho. Tentativas de classificação de estabelecimentos, no sentido de criar grupos mais homogêneos da força de trabalho, têm-se mostrado uma tarefa nem sempre exitosa. *O primeiro motivo* é a falta de consenso, nacional e internacional, sobre definições e pontos de clivagem das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais. *O segundo* é que a própria natureza das mudanças tecnológicas, no interior dos serviços de saúde, recria com muita rapidez um novo perfil profissional − caracterizado pela polivalência e pela ampliação de competências específicas −, ao mesmo tempo em que os serviços de alta complexidade demandam cada vez mais profissionais com qualificações mais especializadas. Acrescentam-se, ainda, as novas modalidades de tratamento, como os cuidados domiciliares (os chamados *home care*) e o Programa Saúde da Família, que contribuem para a abertura de diversas formas de empregabilidade, como contratos de trabalho temporários e diversas modalidades de vínculos precários de trabalho (MACHADO, 2007).

Diante da complexidade do sistema de saúde brasileiro, discutir as principais fontes estatísticas e indicadores que medem a dinâmica do mercado formal de trabalho em saúde e apontar suas limitações *é um desafio*. As recentes transformações ocorridas no "processo de trabalho em saúde" têm provocado mudanças nos conceitos e no refinamento das bases de informações no que diz respeito aos códigos de ocupação, setor de atividade, perfis

profissionais e da força de trabalho.[4] Dessa forma, o estudo ora apresentado se reveste de muita importância principalmente para os gestores estaduais e municipais de saúde, que tem dificuldades para buscar as informações para sua área específica.

As dificuldades e resistências para lidar com informações não devem constituir entraves para o alcance de maior eficiência e eficácia das ações de saúde; como ocorre em qualquer outra área, o trabalho tem início com as habilidades de formatação dos dados, análise, tabulação e interpretação, tendo em vista os diferentes suportes, ou seja, os canais em que estão disponibilizados. O ponto de partida é o tratamento adequado das informações gerenciais, isto é, identificar a demanda de forma correta. Diagnosticadas as necessidades, devem-se definir a metodologia ou a estratégia de obtenção, que podem envolver a identificação das fontes estatísticas disponíveis e a aplicação de tecnologias necessárias e coerentes. Para esse fim, os recursos da Internet devem ser avaliados e utilizados de forma cuidadosa, pois nem sempre os sistemas de informaçõesdisponíveis na *web* fornecem a especificidade do que é demandado pelo gestor.

Uma série de pesquisas que captam a dinâmica de trabalho na saúde é posta à disposição do público e, em geral, executada e desenvolvida por grandes instituições de pesquisa do país, quais sejam: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério de Educação e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde, entre outras.

Este artigo é um instrumento descritivo das principais fontes de informações disponíveis capazes de subsidiar estudos sobre o mercado de trabalho em saúde. A busca consistiu em identificar as principais fontes provenientes de pesquisas domiciliares, pesquisas em estabelecimentos e de registros administrativos, sem a pretensão de detalhar toda a metodologia e os processos envolvidos na realização dessas pesquisas e dos registros administrativos. Busca-se esclarecer as características atuais, as vantagens e as limitações de cada uma das bases de dados existentes e seus pontos de convergência e divergência, de maneira clara e acessível para que, cada vez mais, gestores e o público em geral tenham acesso e capacidade para interpretar e utilizar as informações disponíveis sobre mercado de trabalho em saúde.

---

[4] Cabe distinguir o conceito de "profissionais de saúde" e de "força de trabalho". Consideram-se *profissionais de saúde* todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor de saúde, detêm formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas, direta ou indiretamente, a cuidados ou ações de saúde. *Força de trabalho em saúde* é o conjunto da população ocupada no setor de saúde, pessoas com trabalho, empregadas ou autônomas e aqueles que trabalham sem remuneração – mais a população desocupada e/ou pessoas com disponibilidade para assumir trabalho no setor (MACHADO *et al.*, 1992).

Estatísticas domiciliares e Estatísticas por Estabelecimentos na Área da Saúde

As *estatísticas domiciliares* são aquelas em que a unidade de coleta é o domicílio. Elas podem ser levantadas para o universo ou para uma parte desse universo, por meio de amostragem. As primeiras estatísticas domiciliares a serem pesquisadas sistematicamente no Brasil foram os censos populacionais ou demográficos. Esses levantamentos eram inicialmente referidos à totalidade da população, o que acarretava problemas de custo, tempo de coleta e falta de cobertura. Atualmente, apenas as categorias mais simples (sexo, idade, características do domicílio etc.) são pesquisadas para a totalidade da população nos recenseamentos. As demais categorias são pesquisadas por amostragem, o que não só traz vantagens econômicas, como também diminui a morosidade na divulgação dos resultados (IBGE, 2000).

O Censo Demográfico é uma das pesquisas a nível nacional mais eficaz para caracterizar a estrutura ocupacional, haja vista a representatividade de sua base amostral e a desagregação de ocupações e atividades. O amplo e rico leque de variáveis que constituem a pesquisa possibilita um conhecimento acurado do mercado de trabalho em saúde de forma desagregada em nível de município e distrito. A única limitação do uso do censo demográfico na área da saúde diz respeito à sua periodicidade, que é decenal, período muito longo para captar, com precisão, as rápidas mudanças que ocorrem entre os anos intercensitários no mercado de trabalho.

Existem outros tipos de estatísticas domiciliares que medem o grau de ocupação na área de saúde − pesquisas sistemáticas por amostragem desenvolvidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). São elas:

1) **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios (PNAD)** – É uma das mais abrangentes para medir as ocupações ou os postos de trabalhos existentes; engloba todas as classes trabalhadoras, além de trabalhadores que abrem um negócio próprio e trabalhadores informais, permitindo, assim, traçar tendências contínuas sobre trabalho, formas de contrato e rendimento. A PNAD é, depois do censo, a pesquisa mais importante realizada pelo IBGE. Embora não chegue ao nível municipal, é o mais amplo e diversificado panorama socioeconômico do Brasil. A coleta de informações obedece a uma série de conceitos e definições operacionais, iguais ou assemelhados aos utilizados no censo demográfico, o que facilita sobremaneira a comparação dos indicadores produzidos pela PNAD com as demais fontes.

2) **Pesquisa Mensal de Emprego (PME)** − É a base estatística mais usada para a formulação de políticas setoriais imediatas sobre o mercado de trabalho; seus dados são os mais atualizados entre todas as demais fontes existentes, ou seja, mensalmente são divulgados pelo IBGE. Produz indicadores mensais sobre a força de trabalho que permitem avaliar as flutuações e as tendências, abrangendo informações referentes a condição de atividade, condição de ocupação, rendimento médio nominal e real, posição na ocupação, posse de carteira de trabalho assinada, entre outras.

As ocupações e os setores de atividades de saúde englobados pelas pesquisas domiciliares utilizam a CBO-Domiciliar (CBO-Dom/2002), o que possibilita conciliar seus resultados com outras bases de dados nacionais e internacionais sobre mercado de trabalho.

A respeito dessas duas últimas pesquisas, cabe salientar que o IBGE está testando um novo sistema − chamado "PNAD Contínua", espécie de integração da Pesquisa PNAD com a PME −, sistema que possibilitaria a produção de indicadores trimestrais mais abrangentes sobre trabalho e renda, a partir de amostragens amplas e com um detalhamento maior das condições urbana e rural.

Pode-se dizer que as pesquisas domiciliares são excelentes fontes na área de saúde, mas as rápidas transformações do mercado de trabalho e rendimentos exigem agilidade na construção de indicadores. Assim, a hipótese de se ter informação contínua sobre o mercado de trabalho em nível nacional é uma grande iniciativa do IBGE.

QUADRO 2 − Mercado de Trabalho − Profissionais

Brasil e grandes regiões	Total de profissionais de nível superior (CD/2000)	Total de profissionais de nível superior (PNAD-2005)
Brasil	709.265	851.563
Região Norte	26.419	29.476
Região Nordeste	109.795	110.623
Região Sudeste	407.305	513.621
Região Sul	117.447	142.503
Região Centro-Oeste	48.299	55.340

Fonte: IBGE.

No Quadro 2, disponibilizamos dados das pesquisas domiciliares gerados pelo número de profissionais de saúde, seja com vínculo formal (carteira assinada), em caráter informal ou como autônomos. O *Censo Demográfico de 2000* apresenta um quantitativo em torno de 709 mil e a PNAD de 2005, cerca de 851 mil profissionais de nível superior. Levando-se em conta que utilizam a mesma base operacional – a única diferença é que o censo trabalha com o

universo e a PNAD com amostragem – e que a defasagem dos dados é de cinco anos, os números apresentados são coerentes entre si.

As *estatísticas por estabelecimentos* são aquelas cuja unidade de coleta é a empresa ou o estabelecimento. Da mesma forma que as estatísticas domiciliares, elas podem ser levantadas para o universo dos estabelecimentos ou para uma parcela representativa deles a partir de técnicas de amostragem.

As principais fontes de pesquisa por estabelecimentos de uso frequente para medir o mercado de trabalho em saúde são:

1) **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (**CNES) − Criado pelo Ministério da Saúde para monitorar os prestadores de serviços de saúde SUS e não SUS. Embora o CNES não tenha sido desenhado para atender às funcionalidades de um sistema gerencial para gestão do trabalho, ultimamente vem sendo utilizado com muita frequência pelos pesquisadores da área para traçar os perfis dos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Trata-se de uma fonte importante, visto que é o único cadastro na área de saúde a abranger consultórios particulares, profissionais vinculados a cooperativas e profissionais estrangeiros, além de agregar outras características do mercado de trabalho. É um sistema completo, pela amplitude e profundidade das informações sobre todos os procedimentos executados pelos prestadores de serviços de saúde públicos, privados conveniados ou não com o SUS. O grande obstáculo ao uso do CNES na construção de indicadores é que ele não retrata o quantitativo real da força de trabalho que atua nos serviços de saúde. Isso porque os gestores priorizam alimentar o cadastro com as informações obrigatórias exigidas pelo DATASUS, isto é, os profissionais que efetuaram procedimentos geradores de pagamento. Dessa forma, em muitas situações o quadro efetivo que trabalha na assistência e/ou na parte administrativa de um estabelecimento nem sempre é registrado pelos gestores no sistema CNES, uma vez que o preenchimento desses itens é facultativo. A vantagem do uso do CNES para construir indicadores é que ele proporciona interface com os outros sistemas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, o que facilita a comparação dos dados entre as bases e fornece tanto dados de profissionais como dos postos de trabalho ocupados.

2) **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE)** − É uma pesquisa de caráter censitário realizada junto aos estabelecimentos de saúde, e constitui elemento valioso para a detecção das tendências do mercado de trabalho em saúde do ponto de vista histórico e comparativo. Ao revelar uma fotografia atual e detalhada das ocupações em saúde, a AMS

também fornece elementos importantes para identificar as demandas em relação ao processo de municipalização. É o único instrumento que busca retratar a realidade dos empregos de saúde como um todo, independentemente da esfera ou natureza jurídica do estabelecimento, assim como sua vinculação com o setor público (SUS), privado ou filantrópico. É uma pesquisa de alto grau de *relevância* (responde às prioridades do setor) e de fácil acesso, sua base é disponibilizada tanto pelo IBGE como pelo DATASUS, e é a mais comumente usada pela comunidade acadêmica e o público em geral.

É possível dizer que, de certa forma, os dados fornecidos pelas pesquisas por estabelecimentos trazem informações complementares, não captadas pelas pesquisas domiciliares no que diz respeito à dinâmica do mercado de trabalho. Uma das especificidades está atrelada ao fato de que elas mensuram, antes de tudo, o emprego formal, ou seja, o conjunto de postos de trabalho ocupados diretamente nos serviços de saúde e nos setores que dão suporte a essa área − e não o número de profissionais ocupados. Desse modo, não permitem conhecer as características socioeconômicas e demográficas dos profissionais que se inserem no mercado de trabalho em saúde; somente avaliam as formas institucionais de vínculos, natureza jurídica, especialidade de atuação, tipos de serviços prestados, horas trabalhadas etc.[5]

3) **Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério de Educação (INEP/MEC)** − O Censo da Educação Superior do INEP é um instrumento de avaliação e validação de cursos de graduação pelo MEC, constituindo-se em uma estratégia necessária para a emissão de diploma. As informações primárias geradas por essa fonte e os indicadores calculados a partir dela constituem subsídio indispensável para formulação, implementação e avaliação das políticas educacionais das três instâncias de governo (União, estados e municípios). As estatísticas fornecidas pelos estabelecimentos de ensino anualmente apresentam importantes particularidades para dimensionar a oferta de profissionais formados.

É necessário tomar cuidado ao confrontar os dados fornecidos pelas pesquisas por estabelecimentos e pelas pesquisas domiciliares, pois devem ser levadas em conta as particularidades metodológicas das duas modalidades de pesquisas. Na medida em que um profissional, por exemplo, pode ter vínculo de trabalho em vários estabelecimentos de saúde, o que fará com que seja contado mais de uma vez.

[5] O profissional de saúde está associado sempre a pessoas, enquanto os empregos de saúde estão vinculados a um posto de trabalho, a uma ocupação e a um lugar no mercado de trabalho.

As pesquisas por estabelecimentos apresentam, por definição, um quantitativo de postos de trabalho maior que os profissionais de saúde. Já nas pesquisas domiciliares, as pessoas correspondem sempre a uma unidade de pesquisa nas tabelas estatísticas.

Os Registros Administrativos

São dados conjunturais coletados por secretarias estaduais e municipais, órgãos públicos, ministérios e empresas, para efeito de acompanhamento e planejamento de ações (no caso de instituições de maior racionalidade técnica na definição de objetivos e uso de recursos) ou como simples subproduto de suas atividades. De forma organizada ou não, os registros administrativos além de constituírem importante fonte de dados disponibilizam uma gama enorme de informações sobre os profissionais de saúde que não contempladas em outras fontes.

Existem dois tipos de registros administrativos significativos e utilizados em larga escala para medir os índices de emprego, desemprego e dinâmica do mercado de trabalho no Brasil, ambos desenvolvidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego:

1) A **Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)** − É um registro administrativo com obrigatoriedade de preenchimento para todos os estabelecimentos da economia formal, inclusive para aqueles sem ocorrência de vínculos empregatícios. Sua base estatística capta essencialmente os empregos formais celetistas do setor privado, ou seja, dos trabalhadores com carteira assinada, em todos os ramos de atividade até o nível municipal. As informações oriundas da RAIS auxiliam na definição das políticas de formação de mão de obra e possibilitam gerar estatísticas desagregadas geográfica e setorialmente sobre o mercado de trabalho formal.

2) O **Cadastro Geral de Empregados do Ministério do Trabalho e Emprego** (CAGED/MT) − É um registro administrativo que tem a função de acompanhar e fiscalizar o processo de admissão e dispensa de trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Todas as empresas são obrigadas a repassar ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), mensalmente, o número de trabalhadores admitidos ou desligados no mês anterior. É um poderoso instrumento de suporte às várias políticas de emprego, que descreve as variações conjunturais do emprego celetista, exclui de seu escopo os empregados do setor público regidos por outro estatuto e os trabalhadores avulsos que prestam serviços por meio de sindicatos. É utilizado com muita frequência pelo governo federal para subsidiar a adoção

de medidas e políticas contra o desemprego e estabelecer mecanismos de assistência aos desempregados no país.

Segundo o Ministério do Trabalho, as diferenças mais significativas entre a RAIS e o CAGED devem ser percebidas como uma fonte de dados para acompanhamento conjuntural do mercado de trabalho formal, a partir dos fluxos mensais de admissões e desligamentos.

A RAIS, por sua vez, é uma consistente fotografia do mercado de trabalho (pode ser considerada um censo anual), particularmente para a posição de 31/12 do ano; portanto, é indicada para o monitoramento do mercado de trabalho estrutural.

Os dados administrativos dos conselhos federais e regionais também são utilizados para analisar as tendências de formação e a entrada de mão de obra no mercado. Em virtude da legislação que determina a necessidade de registro para o exercício profissional, os conselhos apresentam certa regularidade na atualização de suas bases estatísticas. Os conselhos representantes das catorze[6] profissões que integram a equipe de saúde já têm nos próprios sites séries históricas, e seus dados estão disponíveis na Internet.

O Cadastro Profissional (CONPROF),[7] desenvolvido pelo Ministério da Saúde, é outra forma ágil de obter informações dos profissionais ativos no mercado por meio de um único instrumento de consulta, disponibilizam-se os dados administrativos que constam na base dos conselhos federais e regionais.

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)[8] também é uma fonte para a obtenção de indicadores sobre recursos humanos. Os produtos resultam de um processo de construção coletiva, em que as instituições parceiras contribuem com a própria *expertise*, por meio de seus profissionais e bases técnico-científica para construir indicadores de diferentes usos.

As análises das informações oriundas dos registros administrativos muitas vezes divergem das obtidas a partir de pesquisas domiciliares e por estabelecimentos, em razão de diferenças metodológicas que envolvem, entre outras, a conceituação de variáveis, a cobertura, o período de captação das informações e as fórmulas de cálculo utilizadas.

---

[6] As categorias profissionais de nível superior aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde são: medicina, odontologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia, farmácia, serviço social, psicologia, biologia, educação física, biomedicina, fonoaudiologia, terapia ocupacional e medicina veterinária.

[7] O CONPROF traz informações sobre a identificação do conselho; dados institucionais; legislações e decretos; código de ética e estatuto; resoluções e normas; conselhos regionais. Informações no site www.saude.gov.br/sgtes.

[8] Atualmente, cerca de trinta entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais estão envolvidas na produção de indicadores (produtores de informações *stricto sensu*, gestores do sistema de saúde e unidades de ciência e tecnologia), que se associaram para aperfeiçoar informações de interesse comum. Ver mais detalhes em www.ripsa.org.br

Há, portanto, necessidade de alguns ajustes caso se pretenda realizar estudos comparativos entre essas fontes de informações.

Seguem, no Quadro 3, os dados de algumas pesquisas antes descritas − observa-se que apresentam um quantitativo diferente de força de trabalho em saúde para o mesmo ano.

QUADRO 3 − O mercado de trabalho em saúde − 2005

Brasil e grandes regiões	Total de ocupações (CNES-dez/2005)	Total de ocupações*- (AMS, 2005)	Total de empregos (RAIS, 2005)
Brasil	1.250.516	1.916.642	1.137.648
Região Norte	87.759	120.856	36.540
Região Nordeste	321.067	467.151	173.158
Região Sudeste	559.736	903.670	660.423
Região Sul	189.610	285.005	186.029
Região Centro-Oeste	92.344	139.960	81.498

Notas: Exclui o pessoal administrativo.

Pode-se dizer que as três fontes possibilitam o conhecimento acurado do mercado de trabalho e dão um indicativo ágil dos efeitos da conjuntura econômica sobre a estrutura ocupacional da saúde, além de atenderem a outras necessidades importantes para formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de gestão. No entanto, para a escolha de uso, devem-se verificar o grau de excelência e a *confiabilidade*, respeitando-se o escopo de cada uma delas, tendo em vista, quando se pretende analisar uma conjuntura passada, que, a princípio, não existe uma indicação − com base em considerações de caráter exclusivamente técnico/estatístico − da melhor fonte de informações a ser utilizada. Recomenda-se que se façam ensaios e, no caso de diferenças marcantes, a escolha deve ser pautada pela confiança do analista em cada fonte, após estudar suas diferenças e potencialidades. Em geral, a validade de uma informação é determinada pela *sensibilidade* e a *especificidade* do fenômeno que se deseja estudar.

Outras Fontes

Vem-se utilizando, com muita frequência, para dimensionar os profissionais de saúde inseridos nas instituições da administração pública federal o Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), do Ministério do Planejamento e Orçamento e Gestão (MPGO), que tem como função primordial criar mecanismos de controle e integração direta entre os servidores, permitindo, por intermédio de uma senha, que o próprio servidor realize alterações e correções de seus dados. No entanto, o SIAPE não é o sistema ideal para dimensionar a força de trabalho nem os profissionais de saúde, porque ele foi criado para

subsidiar políticas de gestão de pessoas do governo federal com a função de controle. Dessa forma, não atende às necessidades específicas de um Sistema Gerencial de Recursos Humanos do SUS.

Os dados das secretarias de saúde estaduais e municipais deveriam ser uma importante fonte estatística de registros administrativos. Entretanto, a maioria só dispõe de instrumentos que essencialmente alimentam a administração de pessoal (registros de cadastro, folha de pagamento, direitos e vantagens, entre outros), os aspectos qualitativos da composição do pessoal ativo, em geral, são manejados por sistemas centralizados nas secretarias de administração, fora do âmbito dos órgãos de execução. Além da dificuldade de acesso imposta por condições éticas e sigilo sobre informações pessoais, a morosidade e a centralização dos processos administrativos de recursos humanos contribuem pelo pouco uso dessas fontes em larga escala. Entretanto, existem algumas secretarias de saúde de grande porte que já trabalham com informações sistematizadas como forma de subsidiar o planejamento e a programação dos serviços, possuem estruturas especificas para coletar informações de seus recursos humanos, como instrumento auxiliar na tomada de decisão e como fonte para a elaboração de relatórios gerenciais.

Uma folha de pagamento e um plano de cargos e salários de uma secretaria, que, a rigor, não se enquadram em nenhuma das fontes antes citadas, podem constituir uma preciosa fonte de informação para estudar o mercado de trabalho em saúde. Outro exemplo são os dados do imposto de renda, especialmente os da pessoa física, que fornecem relevantes características socioeconômicas e de remuneração dos profissionais liberais em saúde, informações que não são encontradas em outras bases.

Associações, sindicatos e outras entidades profissionais também constituem boas fontes de informações das formas de organização corporativa. No entanto, a falta de atualização desses cadastros nem sempre permite que sejam usados com confiabilidade.

Enfim, há uma ampla gama de informações que podem ser obtidas a partir do uso de registros administrativos. O importante é tais dados sejam sistematizados e estejam acessíveis para a formação de um sistema de dados concatenados, possibilitando análises das diferentes variáveis disponíveis nesses registros.

Quadro-resumo das fontes (em anexo)

As Tabelas 1, 2 e 3, a seguir, buscam caracterizar as pesquisas domiciliares, as pesquisas por estabelecimentos e os registros administrativos.

Considerações Finais

O presente artigo buscou apresentar as principais características das pesquisas em que podemos obter informações sobre o mercado de trabalho em saúde, assim como suas limitações e potencialidades.

Conforme já comentado, há uma vasta disponibilidade de informações sobre o mercado de trabalho que provém de outras pesquisas[9] mais pontuais, e necessário se faz conhecer a metodologia e as definições empregadas, para, de fato, utilizá-las como instrumentos de tomada de decisão e formulação de políticas para a gestão do trabalho no âmbito do SUS.

Em última análise, seria precipitado afirmar que as fontes supracitadas retratassem de forma fiel os movimentos mais recentes do mercado de trabalho de saúde, quais sejam: terceirização, flexibilização das relações de trabalho, expansão do setor informal e precarização dos vínculos − dada a fragilidade de captar essas informações em estatísticas formais. Também é notório o fato de que tais movimentos ainda são muito escassos na literatura. Recentemente, algumas pesquisas de cunho mais acadêmico têm sido desenvolvidas com vistas a detalhar a situação de precarização do trabalho dos profissionais de saúde. É o caso das pesquisas[10] realizadas pelas Estações de Trabalho da Rede Observa-RH, da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, e os *surveys* não convencionais, a exemplo das pesquisas telefônicas[11] efetuadas pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG).

Felizmente, no âmbito do SUS, existem vários sistemas, e começam a crescer os exemplos bem-sucedidos de sistemas informatizados de gestão do trabalho, com bases estatísticas importantes sobre vínculos, jornada, contratos de trabalho etc. Essas iniciativas

[9] Como o Sistema PED, que gera indicadores de mercado de trabalho do Distrito Federal e mais cinco regiões metropolitanas − Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador e São Paulo. Os resultados da PED decorrem do esforço conjunto do DIEESE, da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), do Ministério do Trabalho e Emprego/FAT e de governos estaduais.
Ver mais detalhes em http://www.dieese.org.br/mercadotrabalho/apresentacao.

[10] Pesquisas elaboradas pela Estação Observa-RH ENSP/FIOCRUZ: Perfil dos Médicos no Brasil (1997); Perfil dos Pediatras (1999); Perfil dos Nefrologistas (2001); Perfil dos Dermatologistas (2003); Perfil dos Ortopedistas (2004); Perfil dos Médicos Radiologistas (2005). Ver mais detalhes em http://www.ensp.fiocruz.br/observarh

[11] Ver mais detalhes das pesquisas no site da UFMG/NESCON: http:/epsm.nescon.medicina.ufmg.br.

contribuíram favoravelmente para o desenvolvimento do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do SUS (PROGESUS), do Ministério da Saúde, que disponibiliza sistemas[12] gerenciais de recursos humanos para subsidiar os gestores na tomada de decisões e na formulação de políticas para a gestão do trabalho em saúde.

Bibliografia

BRASIL. *Notas técnicas do Censo de Educação Superior*. Brasília, DF: Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2005a.

_____. *A construção da política nacional de informação e informática em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria-Executiva/Departamento de Informática do SUS, 2005b.

_____. *Registros administrativos do Cadastro Geral dos Empregados e Desempregados (CAGED)*. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: www.mte.gov.br/pdet/Notas_Tecnicas/conteudo/nt07307.asp - 58k. Acesso em 13/10/2009.

_____. *Portaria SAS n°. 511/2000*. Dispõe sobre a normatização do processo de criação em todo território nacional do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br. Acesso em: 15/10/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. Disponível em Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp> Acesso: em 13 de setembro de 2009.

IBGE. *Censo Demográfico (IBGE), 2000*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo (acesso em: 05/10/2006).

_____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2008*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br. Acesso em: 08/10/2009.

_____. *Pesquisa Mensal de Emprego, 2009*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br. Acesso em: 10/10/2009.

_____. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, (IBGE), CD-ROM*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

_____. *Economia da saúde: uma perspectiva macroeconômica, 2000-2005*, n. 9. Rio de Janeiro: IBGE, 2009, 138p.

[12] Os sistemas que já estão sendo disponibilizados para as secretarias são: SIGRHS (Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde) – parceria entre o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro e o Ministério da Saúde/SGTES; o SIARHSUS (Sistema de Administração de Recursos Humanos do SUS) e o Extrator de Dados (uma ferramenta que importa e exporta dados e informações entre sistemas, ambos desenvolvidos pelo Departamento de Informação e Informática do Ministério da Saúde (DATASUS).

MACHADO, Maria Helena *et al*. (org.). *O mercado de trabalho em saúde: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ (Textos de apoio) 1992, 94p.

MACHADO, Maria Helena. "Gestão municipal e contratação da força de trabalho, qual o foco do debate?" *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 40, jun./2007, pp. 18-21.

MARCHIORI, P. Z. "A ciência e a gestão da informação: compatibilidades no espaço profissional". *CI. Inf.*, Brasília, Ministério da Saúde , v. 31, n. 2, mai.-ago./2002, pp. 2-79.

NOGUEIRA, R. P. "Mercado de trabajo en salud. Conceptos y medidas". *Educación Médica Y Salud*, v. 20, n. 4, Washington, D.C.: Ed. Oficina Sanitária Panamericana, 1986.

OLIVEIRA, E. S. "Tendências do mercado de trabalho de saúde". *Ciência e Saúde Coletiva*, n. supl., Salvador, Abrasco, 2000, CDROM.

OLIVEIRA, E. S. O. & MOYSES, N. M. "Comentando os dados referentes à capacidade instalada, força de trabalho e empregos de saúde". *Saúde em Debate*, v. 24, n. 56, Rio de Janeiro, 2000, pp. 35-43.

OLIVEIRA, E. S. O. & MACHADO, M. H. *Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (PROGESUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde,2007, 290p.

PIERANTONI, C. R. "A informação para a gestão local de recursos humanos da saúde". In: MINISTÉRIO DA SAÚDE (org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil*. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003, v. 1, pp. 261-77.

VIACAVA, F. & BAHIA, L. "Oferta de serviços de saúde: uma análise da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) de 1999". *IPEA − Textos para discussão*, n. 915, Brasília: IPEA, 2002, pp. 1-48.