Tese de Doutorado

MERCADO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NO BRASIL: CONFIGURAÇÃO DO EMPREGO E TENDÊNCIAS NO CAMPO DO TRABALHO

Thereza Christina Varella
Orientadora: Célia Regina Pierantoni

Área de Concentração:
Política, Planejamento e Administração em Saúde

2006

THEREZA CHRISTINA VARELLA

Mercado de Trabalho do Enfermeiro no Brasil: Configuração do Emprego e Tendências no Campo do Trabalho

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Departamento de Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: **Celia Regina Pierantoni**

Rio de Janeiro

2006

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

V293 Varella, Thereza Christina.
Mercado de trabalho de enfermeiro no Brasil: configuração de emprego e tendências no campo do trabalho / Thereza Christina Varella. – 2006.
248 f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Enfermagem – Orientação profissional – Teses. 2. Mercado de trabalho – Brasil – Teses. 3. Recursos humanos na saúde – Teses. I. Pierantoni, Célia Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253.5

THEREZA CHRISTINA MÓ Y MÓ LOUREIRO VARELLA

Mercado de Trabalho do Enfermeiro no Brasil:
Configuração do Emprego e Tendências no Campo do Trabalho

Tese apresentada ao Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. CÉLIA REGINA PIERANTONI - Orientadora
Instituto de Medicina Social – UERJ

Profª. Drª. ANA LUIZA D'ÁVILA VIANA
Departamento de Medicina Preventiva - USP

Profª. Drª. ANA LUIZA STIEBLER VIEIRA
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Profª. Drª. ANNA MARIA CAMPOS
Instituto de Medicina Social – UERJ

Profª. Drª. MARIA THEREZINHA NÓBREGA DA SILVA
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Dedicatória

À Zé e Helena Varella (in memória) irmão e avó queridos, eterna saudade.

Aos meus pais que me orientaram com carinho no caminho da vida.

À Renan, Cacá e Luísa, filhos amados, verdadeira grande produção.

Agradecimentos

Tenho plena convicção de que a realização de um trabalho é sempre produto da contribuição de várias pessoas, a despeito da solidão aparente de quem o subscreve. Assim, quero deixar consignada a minha gratidão àqueles que, direta ou indiretamente, participaram desta construção. Apesar da impossibilidade de nomear todos, tentarei dar conta daqueles que os registros da memória me permitam fazê-lo:

- A todos os companheiros de trabalho do Instituto de Medicina Social da UERJ, especialmente, Parada, Cleide, Maria Helena, Tania, Valéria, Sonia, Cristina, Marita e José Carlos;
- À equipe do CEPESC sempre disponível;
- À Faculdade de Enfermagem pela liberação de minhas atividades docentes para a conclusão da tese;
- À Estação de Trabalho do IMS/UERJ da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde pelo apoio financeiro dado a pesquisa;
- À ABEn , especialmente a Francisca Valda, pela permissão e apoio para a realização da pesquisa no 57º Congresso da ABEn;
- Ao COFEN, especialmente a Carmem de Almeida, pela permissão e apoio para a realização da pesquisa no 8 º Congresso do COFEN;
- Aos companheiros do doutorado Maria Ruth, Bigú, Teresa Tonini, Maris, Tania, Maria Helena e Mônica, pela cumplicidade e possibilidade de dividir as angústias;
- À Mario Dal Poz, que mesmo distante esteve sempre presente, com carinho e grande contribuição intelectual;
- À Valéria e Sonia, amigas e companheiras de trabalho, pelo incansável apoio durante a realização da pesquisa e presença constante no transcurso do trabalho;
- À Karen e Ravini pelo suporte carinhoso e competente à pesquisa;
- À Ana Andrade, amiga sempre disponível, me socorrendo nas dúvidas e incertezas com a língua inglesa;

- À João Girardi pelo empenho e dedicação no tratamento dos dados estatísticos;
- À Ana Luiza Stiebler, pelo apoio carinhoso e incentivo a realização deste trabalho;
- À Anna Campos pelo carinho e disponibilidade para a leitura da tese;
- À Celia, amiga e orientadora, pela segura orientação e pela paciência com minhas limitações;
- À Ricardo pela amizade, estímulo, carinho e dedicação na revisão competente do texto;
- À Valéria Monteiro, pela amizade e apoio durante a finalização do texto;
- À Sandra e a Roberto, amigos incansáveis na organização e na infra-estrutura da nossa casa;
- À Ana Lúcia, amiga e vizinha, pela dedicação, presença e abrigo dado à Luísa em meus momentos de ausência.

Epígrafe

MULHERES

Bonitas ou feias,
gordas ou magras.
Amadas, esquecidas.

Dependentes ou não.
Carentes, envolventes.
Submissas, acreditas?

Quando amigas são fiéis.
Se inimigas são cruéis.
São mães e amam demais.

Perdoam e se doam.
Dizem não e cortam,
despedaçam o coração.

São avós e deixam tudo,
atendem pedidos
fazem carinho – fadas.

São amantes que choram,
riem e compartilham.

Trabalhadoras, sustentam,
enfrentam resignadas
duas, três jornadas.

Diferentes ou iguais
poderosas, virtuosas, evoluem.

Velhas ou meninas
puras ou impuras
cristalinas.

Masculinas e femininas
são controvérsia e emoção.

Ser mulher é um jeito
de viver, amar e crescer.
Por natureza ou opção.

Ana Mello

Resumo

O presente estudo investigou o mercado de trabalho dos enfermeiros, tendo em vista as transformações que vêm ocorrendo no trabalho em geral na sociedade contemporânea e em particular no trabalho em saúde. O objetivo da pesquisa foi, especialmente, quantificar e qualificar as formas de inserção no mercado de trabalho dos enfermeiros, buscando conhecer sua dinâmica e estabelecer a configuração de emprego do enfermeiro no Brasil. Para isso utilizou uma abordagem qualitativa apoiada em métodos quantitativos. O estudo buscou informações de fontes secundárias para apoiar a configuração do cenário nacional, tanto da demanda de postos de trabalho, quanto da condição da oferta (formação). Entretanto, seu foco estará direcionado para o inquérito, em amostra não aleatória, que investigou a situação atual dos enfermeiros, através de variáveis selecionadas (flexibilidade das relações de trabalho, emprego, autonomia, qualificação profissional). Os resultados pretendem dar indicativos da tendência nacional do mercado de trabalho dos enfermeiros, tanto pelo lado da oferta quanto da demanda. Acredita-se que o produto desta investigação possa vir a subsidiar a tomada de decisões com vistas à implementação e execução de políticas no campo da saúde, do trabalho e da educação, com ênfase na enfermagem.

Abstract

This research has investigated nursing labour market, in order to disclose its dynamics and the nursing working profile in Brazil. It has employed a qualitative approach, sustained by quantitative methods. The study has searched for secondary data that could support the outline of the national scene, both related to the demand of working positions as well as to the supply conditions (education). Nevertheless, its focus is directed to the inquiry, applied to non-random sample, that investigated the current nursing status considering selected variables (flexibility of working relations, employment, autonomy, professional qualification). The results intend to indicate the national tendency of the nursing labour market covering both supply and demand. We believe that the results of this investigation can subside decision-making directed to the implementation of politics in the health, working and education areas, emphasizing the nursing field.

Lista de gráficos e figuras

Gráfico 1 - Evolução do salário médio por ocupação. Brasil, Janeiro 2004 - Janeiro 2005..... 000

Gráfico 2 - Empregos públicos de saúde segundo esfera administrativa. Brasil, 1992-1999.....

Gráfico 3 - Instituições de graduação de enfermagem. Brasil, 1970.....

Gráfico 4 - Egressos da graduação de enfermagem. Brasil, 1980 a 1990.....

Gráfico 5 - Vagas de graduação de enfermagem segundo natureza administrativa. Brasil, 1991-2004.....

Gráfico 6 - Evolução do % de ocupação das vagas de graduação de enfermagem. Brasil, 1991-2004.....

Gráfico 7 - Egressos de graduação de enfermagem segundo natureza administrativa. Brasil, 1991-2004.....

Gráfico 8 - Vínculos ativos de enfermeiros por região, segundo gênero. Brasil, 2003.....

Gráfico 9 - Vínculos de enfermeiros por carga horária. Brasil, 2003.....

Gráfico 10 - Enfermeiros por faixa salarial em salários mínimos. Brasil, 2003..

Gráfico 11 - Enfermeiros segundo ano de nascimento. Brasil, 2005.....

Gráfico 12 - Enfermeiros segundo local de residência. Brasil, 2005.....

Gráfico 13 - Enfermeiros segundo natureza jurídica de estabelecimento da graduação. Brasil, 2005.....

Gráfico 14 - Enfermeiros segundo modalidade de pós-graduação. Brasil, 2005.....

Gráfico 15 - Enfermeiros segundo natureza jurídica da primeira atividade profissional. Brasil, 2005.....

Gráfico 16 - Enfermeiros segundo tipo de emprego da principal renda. Brasil, 2005.....

Gráfico 17 - Enfermeiros em cargo de chefia segundo o congresso. Brasil, 2005.....

Gráfico 18 - Percentual de enfermeiros por preferência de vínculo segundo ano de formatura. Brasil, 2005.....

Gráfico 19 - A fiscalização do conselho de enfermagem segundo a opinião dos enfermeiros. Brasil, 2005.....
Figura 1 - Enfermeiros respondentes segundo local de residência. Brasil, 2005.....

Lista de tabelas

Tabela 1 - Taxa de desemprego aberto. Brasil, 1991-2002..... 000

Tabela 2 - Taxa de desemprego aberto. Brasil, 2005-2006.....

Tabela 3 - Comparação de indicadores gerais dos mercados de trabalho dos profissionais de saúde empregados no setor formal. Brasil, 1995-2000...

Tabela 4 - Comparativo entre as especialidades de enfermeiros e ocupações da CBO/2002.....

Tabela 5 – Amostra da pesquisa segundo região por erro percentual. Brasil, 2005.....

Tabela 6 - Enfermeiros segundo o ano de conclusão da graduação. Brasil, 2005.....

Tabela 7 - Enfermeiros por modalidade de pós-graduação segundo participação nos congressos da ABEn e do COFEN. Brasil, 2005.....

Tabela 8 - Enfermeiros segundo ano da especialização. Brasil, 2005.....

Tabela 9 - Enfermeiros por renda total segundo pós-graduação. Brasil, 2005..

Tabela 10 - Enfermeiros segundo condição de trabalho. Brasil, 2005.....

Tabela 11 - Enfermeiros segundo tempo de formado e inserção no primeiro emprego. Brasil, 2005.....

Tabela 12 - Enfermeiros por tempo de inserção no primeiro emprego segundo ano de formatura. Brasil, 2005.....

Tabela 13 - Enfermeiros por tempo de inserção no primeiro emprego segundo referências de pós-graduação. Brasil, 2005.....

Tabela 14 - Enfermeiros segundo o número de empregos. Brasil, 2005.....

Tabela 15 - Enfermeiros por número de empregos segundo participação nos congressos da ABEn e do COFEN. Brasil, 2005.....

Tabela 16 - Enfermeiros atividade de enfermagem exercida com mais freqüência segundo participação nos congressos da ABEn e do COFEN. Brasil, 2005.....

Tabela 17 – Enfermeiros segundo a renda total com trabalho como enfermeiro. Brasil, 2005.....

Tabela 18 – Enfermeiros por renda total com trabalho de enfermeiro segundo ano de formação. Brasil, 2005.....

Tabela 19 – Enfermeiros por principal emprego segundo participação nos congressos da ABEn e do COFEN. Brasil, 2005.....

Tabela 20 - Enfermeiros por emprego principal segundo ano de formação. Brasil, 2005.....

Tabela 21 – Enfermeiros segundo dificuldades em encontrar emprego. Brasil, 2005.....

Tabela 22 – Enfermeiros segundo mudança de emprego nos últimos dois anos. Brasil, 2005.....

Tabela 23 - Enfermeiros segundo interferência da legislação do exercício profissional. Brasil, 2005.....

Tabela 24 - Enfermeiros segundo interferência da legislação do exercício profissional segundo participação nos congressos da ABEn e do COFEN. Brasil, 2005.....

Lista de abreviaturas e siglas

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem

AMS - Assistência Médico-Sanitária

CAGED - Cadastro Geral de Empregados e Desempregados

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CIE - Conselho Internacional de Enfermagem

CIUO - Classificação Internacional Uniforme de Ocupações

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CQQ - Prática de reunir os trabalhadores de uma seção para discutir os problemas e buscar soluções

EN - Enrolled Nurse

EUA - Estados Unidos da América

HIV/AIDS -Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituição de Ensino Superior

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

JLI - Joint Learning Initiative

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MERCOSUL - Mercado Comum do Sul

MT - Ministério do Trabalho

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

NEPP - Núcleo de Estudos de Políticas Públicas

NESCON - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

NSW - New Soulth Wales

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROFAE / MS - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem / Ministério da Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

RAIS - Relação Anual de Informações Sociais

RJU - Regime Jurídico Único

RH - Recursos Humanos

RN - Registered Nurse

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UNIOESTE - Universidade do Oeste Paulista

Sumário

RESUMO..... vi
ABSTRACT.....vii
LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS.....viii
LISTA DE TABELAS..... x
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....xii
INTRODUÇÃO.....1

CAPÍTULO I: TRANSFORMAÇÕES RECENTES NO MUNDO DO TRABALHO

1.1 O mundo do trabalho em mudança.....5
1.2 Exigência de novas competências.....10
1.3 Saúde nas sociedades de serviços - a configuração do setor terciário-12

CAPÍTULO II: O MERCADO DE TRABALHO NO BRASIL

2.1 Mercado de trabalho – uma aproximação teórica 17
2.2 Mercado de trabalho no Brasil – a década de 90 em destaque.....26
2.3 Mercado de trabalho em saúde nos anos 90.....35

CAPÍTULO III: O ENFERMEIRO EM FOCO - O CENÁRIO DO MERCADO DE TRABALHO

3.1 A profissão do enfermeiro e sua inserção na sociedade 41
3.2 O enfermeiro no processo de trabalho em saúde.....49
3.3 O trabalho do enfermeiro no cenário internacional 53
3.3.1 O trabalho dos enfermeiros na Austrália – alguns aspectos de um país receptor de enfermeiros.....64
3.4 Os enfermeiros na Classificação Brasileira de Ocupações.....69
3.5 Mercado de trabalho do enfermeiro – evolução da oferta.....75
3.6 Mercado de trabalho do enfermeiro – análise da demanda.....84
3.7 Mercado de trabalho do enfermeiro – análise da expansão de postos de trabalho com o Programa de Saúde da Família – PSF.....90

CAPÍTULO IV: ANÁLISE EMPÍRICA DO MUNDO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO

4.1 Descrição da metodologia utilizada – pesquisa de campo.....95

4.1.1 Pré teste.....97

4.1.2 Desenvolvimento da pesquisa de campo.....97

4.1.3 Preparação do campo.....100

4.1.4 Plano de análise – categorias e variáveis.....100

4.2 Resultados.....102

CONSIDERAÇÕES FINAIS - A CONFIGURAÇÃO ATUAL DO EMPREGO: SINAIS E TENDÊNCIAS.....145

REFERÊNCIAS.....152

APÊNDICES

Apêndice A Instrumento de coleta de dados

Apêndice B Tabelas

Apêndice C Roteiro de entrevistas

Apêndice D Relatório das entrevistas

Introdução

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, faz visível a centralidade da questão dos recursos humanos como fundamental para a sua implementação.

A década de 90 foi marcada por cenários de transformações. Com o desafio de consolidar a democracia no plano da globalização, acompanhamos os esforços dos governos de realizar integração econômico-comercial e reformas administrativas. É consenso que o controle do déficit público, vinculado às exigências macroeconômicas, sempre esteve subjacente a tais esforços e reformas, incorporando, assim, as premissas de "menos Estado", representadas pela privatização, flexibilização e desregulação (ALMEIDA, 1997).

Esta década também é marcada por um período crítico na dinâmica do mercado de trabalho no Brasil, sobretudo pela evidente tendência ao desemprego, à terceirização acelerada das ocupações urbanas, às metamorfoses do trabalho informal, refletindo, enfim, na perda de qualidade do emprego.

No contexto político de reforma do Estado, os recursos humanos em saúde, em que pese tenha sido delineada uma política de orientação igualitarista e regulamentadora, vêm passando por transformações em sua relação com as instituições prestadoras de serviços de saúde. Tais transformações caracterizam-se especialmente por um processo de desregulamentação, verificado principalmente pela substituição do emprego formal e assalariado por diversas outras modalidades de vinculação dos profissionais aos serviços.

Observam-se alternativas que transitam desde a contratação de profissionais autônomos, passando pelas formas de cooperativas, chegando ao extremo, segundo

relatos, de contratos verbais. Tais modalidades vêm propiciando, entre outras conseqüências, remunerações muito diversificadas, múltiplas jornadas e direitos diferenciados (PIERANTONI, 2006).

Vários estudos vêm sendo empreendidos sobre trabalho e emprego em saúde (GIRARDI, 2003; NOGUEIRA, 1983 - 1986; MÉDICI, 1992) em sua maioria baseados em fontes secundárias.

As informações quantitativas disponibilizadas remetem-se às pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referidas aos censos demográficos decenais e à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Os censos são inquéritos demográficos nacionais realizados desde 1872, sendo, a partir do uso de meios informatizados de apuração, disponibilizados para utilização sistemática. A PNAD, realizada anualmente, tem como finalidade a produção de informações para avaliação do desenvolvimento socioeconômico do país. As informações estão agregadas por setor de atividade e por categorias profissionais.

As formas de organização corporativas como sindicatos, federações, associações e conselhos profissionais da área de enfermagem são fontes de informações sobre aspectos relacionados, tanto a questões quantitativas como qualitativas, afetas ao exercício de atividades na área. Os conselhos, face à legislação que determina a necessidade de registro para o exercício profissional, executam atividade tanto regulatórias como fiscalizadoras do exercício profissional e das ocupações relacionadas às atividades de enfermagem.

As informações disponibilizadas em outros sistemas (instituições formadoras públicas e privadas; ingressos e egressos; disponibilidades de postos de trabalho por categoria da área de enfermagem; tipos de vínculos e remuneração;

sistemas de controle do exercício profissional e sua adequação a realidades regionais, entre outros) estão distribuídas por diferentes sistemas nacionais e locais de informação, com graus variados de agregação.

Cumpre ressaltar, ainda, que estudos específicos para a enfermagem foram realizados pela Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn no período de 1956 e 1958 e, na década de 80, temos a pesquisa de grande abrangência, realizada de forma conjunta pela ABEn e pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN intitulada *O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde no Brasil - 1982/1983*. Recentemente, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem/Ministério da Saúde (PROFAE/MS), realizou alguns estudos sobre sinais de mercado de trabalho para a enfermagem como forma de subsidiar a política de profissionalização de trabalhadores da área.

Em que pese a representatividade e a relevância de toda a força de trabalho em enfermagem no contingente dos trabalhadores da saúde no Brasil (as categorias de auxiliar de enfermagem representam 52,7% dos vínculos de emprego de profissionais da saúde em 2000 (GIRARDI, 2002)), este estudo pretende focar a atenção na categoria dos enfermeiros, especialmente aqueles que se encontram ativos, procurando delinear a configuração do emprego, o desemprego, as modalidades de vinculação e alguns traços do próprio perfil da categoria. As estatísticas do COFEN (2006) demonstram que o quantitativo de enfermeiros com registro no Brasil é de 116.457, o que representa 13,3% do total da força de trabalho de enfermagem registrada no órgão.

Algumas questões permanecem em aberto: como se configura o mercado de trabalho dos enfermeiros diante do crescimento das taxas gerais de desemprego? O que está ocorrendo particularmente com o emprego para os enfermeiros? A tendência geral

de terceirização está afetando a categoria? Quais são as formas de vinculação verificadas para estes profissionais? O emprego formal e assalariado está em declínio? A aspiração da categoria em relação ao trabalho está pendendo para o emprego formal com estabilidade ou para as formas mais flexíveis e mais bem remuneradas? Tais questões e outras poderão ser suscitadas e respondidas no decorrer da discussão que ora iniciamos.

Assim, este estudo procura oferecer uma análise da tendência nacional do mercado de trabalho dos enfermeiros, tanto do lado da oferta como da demanda, tendo como pano de fundo as transformações que vêm ocorrendo com o trabalho no mundo globalizado. Procura cotejar a configuração do mercado de trabalho dos enfermeiros com a do mercado de trabalho no Brasil e com o mercado de trabalho em saúde, estabelecendo as possíveis inter-relações. Por fim, buscou apontar algumas tendências para este nicho do mercado de trabalho em saúde, a dos enfermeiros, e sua repercussão em cenários futuros para a enfermagem em geral.

Para iniciar o diálogo serão discutidas no próximo capítulo as questões de fundo que têm implicações com a dinâmica do mercado de trabalho. Trar-se-á, portanto, para o debate, destaques sobre as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho na sociedade pós-industrial, apontando as características e peculiaridades do setor saúde.

Capítulo I

Transformações recentes no mundo do trabalho

1.1 O mundo do trabalho em mudança

A partir da Segunda Guerra Mundial, o mundo vem sofrendo uma reestruturação econômica, desencadeada pelo sistema capitalista, que resultou em internacionalização dos mercados, quebra de barreiras econômicas e culturais, com sofisticação do mercado financeiro, da oferta de bens e de produtos e extraordinário desenvolvimento da indústria de informação. Tais mudanças, acentuadas nas últimas décadas, tiveram repercussão nas formas de organização do Estado e na estrutura produtiva (TEIXEIRA, 1999).

Observa-se, em paralelo, uma sensível mudança no mundo do trabalho, com reflexos significativos na organização societária e deslocamento da centralidade do trabalho como estruturante da sociabilidade humana. O sentido do trabalho precisa ser (re)significado em sua forma contemporânea, enquanto trabalho social que se complexifica e intensifica ritmos e processos. A sociedade do capital necessita cada vez menos do trabalho estável e se utiliza cada vez mais de formas diversificadas. (ANTUNES, 2002).

O padrão de acumulação capitalista, baseado nos moldes taylorista – fordista de produção massificada, cede lugar às formas produtivas flexibilizadas, desregulamentadas, vinculadas a novos patamares de demanda por produtos especializados.

A sociedade pós-industrial do final do século IX passou a adotar uma nova forma de organizar a produção, estabelecendo práticas que resultariam no seu

incremento. A concepção Taylorista denominada “gerência científica”, julgando o trabalhador um ser indolente, apregoava como princípio a separação entre concepção e execução do trabalho. Assim, o poder decisório saiu do âmbito da produção *(chão da fábrica)* para o âmbito da gerência *(escritório)*, tratando-se, portanto, de uma expropriação do saber do trabalhador por meios gerenciais. Prescrevia ainda, uma minuciosa decomposição do trabalho, atribuindo a cada movimento um tempo, onde o controle do trabalhador fosse mais eficaz.

As implicações decorrentes do modelo são uma grande hierarquização e desqualificação no interior do processo de trabalho, bem como a desvinculação da remuneração do esforço dispendido pelo trabalhador, e a atribuição de um valor diferenciado ao trabalho intelectual.

Quatro décadas depois, a mesma equação se repetiu na organização fordista da produção pela padronização do modelo e a produção em massa de bens a preços cada vez menores, para atender a um mercado também massificado, sem rompimento com os princípios fundamentais do taylorismo. Com a padronização de modelos foram auferidos ganhos de escala, através de especificações cada vez mais confiáveis e cada vez mais produtivas. Como resultado, observa-se uma dinâmica econômica mais vigorosa que se reflete em maior capacidade de compra, maiores lucros, mais investimentos e mais emprego (TAUILE, 2001).

Os anos da “Era do Ouro” do capitalismo permitiram a transferência de uma parte dos ganhos de produtividade aos salários, bem como a conquista do Estado de Bem Estar Social[1], considerado, segundo Ferreira (1999), “o mais avançado produto do capitalismo civilizado”. O fordismo dinamizou ainda o processo

[1] Formulação do Estado que, além de controle e regulação da economia, assume atributos redistributivos para assegurar aos cidadãos bem estar social através de encargos com saúde e educação, por exemplo.

de negociação dos sindicatos com a pactuação de contratos de trabalho e de direitos trabalhistas.

A crise do sistema fordista, no início dos anos 70, se dá de forma externa à produção, concentrando-se na demanda e no consumo, pelo esgotamento do mercado por produtos padronizados e pela emergência de novos padrões de exigência (SOUZA, 1999).

A demanda do mercado por produtos versáteis e de qualidade, um dos pontos centrais de inflexão do fordismo, reorganizou a estrutura produtiva, configurando-se o novo paradigma da especialização flexível, que veio contrapor a economia de escala à economia de escopo, baseada na encomenda do produto.

Em paralelo, mudanças significativas ocorriam no cenário internacional já no início da década de 70 com a queda do padrão dólar, a crise do petróleo, as inovações tecnológicas [2] (mudança da base técnica da eletrônica à microeletrônica) além da entrada do Japão[3] no mercado, acirrando a concorrência.

Como exemplo desta fase, o modelo japonês, emblemático para a chamada "especialização flexível", tem como referência a gestão do trabalho e da produção desenvolvida pela Toyota[4]. Tal modelo tem como noções centrais a velocidade, a produtividade, a qualidade, a participação e a focalização das atividades da empresa em produtos que possibilitem a competitividade e a lucratividade com a subcontratação de outros segmentos da produção. Há um deslocamento de valorização da *supervisão* para a *equipe*, que passa a ser o centro

[2] O debate sobre este conceito foi reaberto nos anos 70, refere-se ao processo que envolve "uso, aplicação e transformação do conhecimento técnico e científico em problemas relacionados com a produção e com a comercialização, tendo o lucro como perspectiva".

[3] Chamou a atenção que a primeira economia a superar a crise, por volta de 76, fosse um pequeno conjunto de ilhas do pacífico, sem riquezas naturais, sem petróleo e com alto grau de desenvolvimento tecnológico, e grande competitividade (TAUILE, 2001).

[4] A Toyota consagrou a utilização dos métodos: *Just-in-time*, (minimização da existência de estoques intermediários e finais, uma vez que a produção é orientada pela demanda) *Kan-ban, (*o sistema baseia-se na busca das peças pelo trabalhador no posto de trabalho em oposição a noção de esteira do fordismo) *CQQ* (prática de reunir os trabalhadores de uma seção para discutir os problemas e buscar soluções) que passaram a ser incorporados por empresas de todo o mundo**.**

de controle coletivo dos trabalhadores, com ênfase na responsabilização e autonomia, imputando responsabilidades aos indivíduos.

Pode-se destacar que os processos de reestruturação produtiva são assentados em três grandes eixos: novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho e da produção e novas formas de gerenciamento.

O Brasil apresentou tardiamente um processo de reestruturação produtiva, com maior visibilidade a partir dos anos 80. Alguns direitos do sistema fordista, no entanto, foram conquistados ainda mais tarde e não foram fortemente incorporados à nossa realidade (como o Estado de Bem Estar Social, por exemplo).

Este fato pode resultar numa maior fragilidade do modelo brasileiro, com acentuada influência da evolução da situação econômica e política. Nota-se que, aqui, a crise fordista não se deu de forma clássica, estando muito mais atrelada à busca de acesso ao mercado mundial, que propriamente ao saturamento do mercado. Destacam-se três fases deste processo no país: a primeira, no final dos anos 70 com a introdução, ainda que tímida, dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQs) e uma segunda, em meados dos anos 80, com a difusão e incorporação maciça de equipamentos de microeletrônica. A partir dos anos 90, os processos modernizadores da produção se tornam mais amplos, combinando inovação tecnológica e gerencial. Este período foi caracterizado pela abertura econômica, levando as empresas a buscar qualidade e competitividade (FERREIRA, 1999).

Se, por um lado, teoricamente, a modernização produtiva teria em seu bojo pontos ditos favoráveis, tais como aumento da participação e qualificação do trabalhador (o trabalho polivalente), por outro, o que se observa no caso brasileiro, é muito mais uma precarização do emprego, *downsizing* (enxugamento dos efetivos) e terceirização.

Entram ainda neste cenário as políticas centradas em processos de reforma, com as proposições relacionadas com “diminuição” do Estado, perda da proteção social do trabalho e dos trabalhadores, globalização financeira com hegemonia do capital financeiro sobre o capital produtivo, agravando a situação de empregabilidade.

> Na visão de Milton Santos (2000) o período atual é marcado pela globalização, construído em bases que condicionam o “casamento” da ciência e da técnica orientado pelo mercado. A seletividade dessa tecnociência, ao produzir o que interessa ao mercado, pode induzir um progresso técnico e científico nem sempre relacionado a um progresso moral.

Esta situação estrutura modelos que, para além de transformações do mundo do trabalho, desenham e discriminam novas competências para atender à diversidade globalizada.

1.2 Exigência de novas competências

As transformações do mundo do trabalho incorporam novos modelos de organização, novas formas de gestão, novas tecnologias. Nessa rápida reorganização técnica e social do trabalho são introduzidas outras habilidades, ampliam-se os conhecimentos, e é estabelecida uma maior exigência de interação social e enriquecimento técnico.

Cada vez mais, no perfil dos trabalhadores, são exigidas novas características, que transformam radicalmente a forma de se conceber a formação para o trabalho em sua concepção institucional, em suas formas de detecção de necessidades e na estruturação de seus programas formativos.

O enfoque da *competência laboral*[5] permite que o trabalhador saiba o que dele se espera, com o objetivo de torná-lo mais eficiente e motivado, em contraponto àquele a quem apenas se atribui uma função sem maiores informações sobre a mesma ou sobre seu significado no contexto da organização onde está inserido. Diante disso já não basta que o trabalhador saiba fazer, é preciso também que ele saiba aprender e saiba ser, ser como indivíduo.

Incorpora-se a noção de *politecnia* à formação profissional, ou seja, ao domínio dos fundamentos científicos das diferentes modalidades de trabalho para superar as polaridades entre conhecimento teórico e prático, técnico e político, geral e específico. Ressalte-se que isto não se dá com o caráter utilitarista, de polivalência, cujo foco está mais direcionado à adaptabilidade do trabalhador às necessidades do sistema produtivo, e não ao seu desenvolvimento intelectual (SOUZA, 1999).

[5] Competência laboral ou competência profissional é a capacidade de mobilizar com discernimento, dentro do prazo, múltiplos recursos – entre os quais saberes teóricos, profissionais e experiências – em situações de trabalho.

É consensual que as modificações do mundo do trabalho vêm requerendo novos atributos profissionais: criatividade e autonomia na busca do conhecimento; capacidade de liderança para negociar conflitos em trabalhos realizados em grupo; competências para desenvolver quadros teóricos, analíticos e críticos, que lhes permitam acompanhar o desenvolvimento do conhecimento e as demandas de reconversão profissional (PIERANTONI, 2001).

Observa-se uma crescente necessidade de busca de autonomia por parte do trabalhador. Tal atributo refere-se à capacidade de arbitragem e à possibilidade de tomada de decisão. Martins, comentando Zarifian, argumenta que a autonomia e a responsabilidade estão atreladas ao conceito de competência e deverão ser aprendidas em situação real de trabalho (MARTINS, 2002).

No plano social, as repercussões para os trabalhadores das escolhas demandadas pela chamada “nova economia” e seus produtos e processos envolvem um contínuo de insegurança quanto ao mercado, ao emprego, à renda, à contratação, à competências e à representação do próprio trabalho, entre outras. O modelo de “trabalho” deixa de assumir importância de ocupação, de ofício, de profissão, e, mais ainda de dado de identidade social, que estimulava solidariedades e conflitos, lutas e negociações, vitórias e derrotas. As conseqüências para o “novo balanço social” determinado pelo *trade-off*[6] entre o dinamismo econômico e a tranqüilidade social estão na agenda atual de debates (REICH, 2002).

[6] Termo utilizado para exprimir a substituição, rotatividade de trabalhadores.

1.3 Saúde nas sociedades de serviços - a configuração do setor terciário

O intenso processo da divisão do trabalho nas sociedades modernas, com a conseqüente especialização de funções, não se verificou apenas no setor produtivo, estendendo-se cada vez mais ao setor serviços, este em nítida predominância na economia atual. A partir da década de 1930, a proporção de serviços em geral passou a crescer continuamente em relação ao volume total de trabalho. Tal grupo de atividades constitui, no presente, o setor terciário da economia, englobando nessa designação todo trabalho que não possa ser classificado como pertencente ao setor primário ou ao secundário.

No entanto, os mercados de serviço são revestidos de alguns atributos 'negativos': geram produtos não materiais; não podem ser estocados ou transportados; não são — ou o são menos — suscetíveis à racionalidade técnica; sua produtividade não é — ou dificilmente o é — passível de medida; não são considerados produtivos segundo o conceito da economia política clássica (OFFE, 1989).

Um 'serviço' é considerado como o efeito útil de um valor de uso, seja ele mercadoria ou trabalho. Trata-se de atividade cujo produto não assume forma de objeto oferecido diretamente ao consumidor, uma vez que produção e consumo ocorrem simultaneamente. Define-se, portanto, essencialmente, por sua utilidade imediata, dirigida ao atendimento de uma necessidade, e realiza-se no âmbito do consumo privado, individual ou coletivo.

Caracteriza-se, também, pela co-participação do cliente na esfera de produção, requerendo para sua análise, portanto, a observância de dois aspectos:

primeiro, a singular imposição de resguardar a particularidade em função do próprio cliente; segundo, a obediência a normas e regras gerais que permitem controlar a qualidade. Advêm daí as limitações dos mecanismos de controle e a necessária flexibilidade deste tipo de atividade. Torna-se indispensável buscar o ponto de equilíbrio entre a individualização e a padronização, ou seja, deve-se "... normalizar simultaneamente o caso e individualizar a norma" (OFFE, 1989).

Considera-se correto dizer que o *(...) crescimento das necessidades de serviço aumentam na medida em que a nova forma de sociedade destrói as antigas formas de cooperação mútua social, comunitária e familiar* (BRAVERMAN, 1980). Mas, o que estaria na base de tal crescimento? Offe (op. cit.) aponta quatro hipóteses que poderiam explicar o crescimento do trabalho em serviços, sintetizadas da seguinte forma:

Relativas à integração do sistema	**Relativas à integração social**
Necessidades Sistemáticas	Mudança de demandas das famílias
Déficit de empregos	Interesse dos trabalhadores pelo lado da oferta

O autor, em abordagem relativa à própria integração do sistema, considera que o trabalho em serviços cumpriria a função de manter condições de equilíbrio — explicação de cunho funcionalista —, atendendo às necessidades 'sistemáticas', decorrentes das mudanças na estrutura social das sociedades capitalistas industriais, relacionadas tanto com o investimento para o lucro quanto com o mercado livre da força de trabalho. As primeiras geram funções de contabilização do lucro — burocratização interna —, tal como mecanismos normatizadores encarregados da mediação entre compradores e vendedores — aparelho jurídico-administrativo-estatal; quanto às segundas, estariam locadas, ao nível das empresas, em funções de administração de pessoal, os serviços

reguladores, e, ao nível social, em funções controladoras, compensatórias e reguladoras desempenhadas pelo estado de bem-estar moderno.

Tal setor contribui ainda, no âmbito da integração do sistema, para absorver o excedente de mão de obra decorrente da defasagem entre o aumento da produção e o crescimento da produtividade. A ampliação da massa de indivíduos dispensada do trabalho produtivo, em função da maior produtividade, desequilibra o mercado, que requer um acréscimo de consumo para a produção excedente. Esta mão de obra, absorvida pelo setor serviço, estabiliza a circulação de mercadorias com seu papel de consumidor.

Outra abordagem diz respeito à integração social, deslocando a explicação para a dinâmica da sociedade. A questão central funda-se nas mudanças de padrões de consumo das famílias, decorrentes do aumento da renda e da saturação do consumo de bens duráveis. Por serem menos suscetíveis à racionalização do que a produção de bens, os serviços seriam aumentados em atendimento às crescentes demandas. Tal hipótese é alvo de severas críticas pela pouca representatividade das famílias na utilização dos serviços, cada vez mais consumidos por empresas[7].

No mesmo eixo da análise, a ampliação dos serviços explica-se mediante mudanças ocorridas pelo lado da oferta, decorrentes das alterações nas escolhas das carreiras e das profissões, fato associado às experiências vividas no processo de trabalho, já que o emprego pode significar não só um valor de troca, mas também um valor de uso sistematicamente cada vez maior nos serviços.

[7] A esse respeito ver "... o crescimento do setor serviços". In: *Capitalismo Desorganizado* (Offe, 1989:156).

Finalmente, Offe (1989) chama a atenção para a insuficiência de argumentos das quatro explicações, atribuindo-lhes mérito relativo e apontando a necessidade de exploração de novas abordagens.

O setor saúde — parte constitutiva do setor serviços — integra-se ao atual estágio da economia capitalista mantendo suas principais características na organização da produção. Assim, o trabalho em saúde abandona o âmbito individual e coletiviza-se, vindo a ocupar espaços institucionais e a reunir um contingente crescente de trabalhadores que produzem em cooperação[8.] Não obstante sua semelhança na organização do processo de trabalho com o setor produtivo, a incorporação tecnológica na saúde não produz economia de força de trabalho[9]; ao contrário, passa a demandar novas ocupações, configurando o setor saúde como intensivo de mão de obra.

A decomposição do trabalho em tarefas parciais torna-se a tônica na produção em saúde, em atendimento às exigências de aumento de produtividade. Tal divisão pode ser vista como princípio inovador do modo capitalista de produção:

> (...) embora todas as sociedades conhecidas tenham dividido seu trabalho em especialidades produtivas, nenhuma sociedade antes do capitalismo subdividiu sistematicamente o trabalho de cada especialidade produtiva em operações limitadas (BRAVERMAN, 1980).

Nogueira (1994) ressalta as particularidades da divisão do trabalho[10] em saúde, identificando uma horizontalidade, que articula os diversos serviços — trabalho dividido entre médicos, equipe de enfermagem, equipe de laboratório etc.

---

[8] NOGUEIRA (s/d) define a cooperação como "...a forma de trabalho em que muitos trabalham juntos de acordo com um mesmo plano, no mesmo processo de produção ou em processos diferentes, mas conexos".

[9] Observa-se em outros setores, mesmo no terciário que a utilização da tecnologia traduz-se em redução do número de trabalhadores. Um exemplo acessível é a mecanização dos bancos, que dispensa expressiva parcela da força de trabalho.

[10] O fenômeno da divisão do trabalho não é suficientemente explicado em função do aumento da produtividade. Seus efeitos são sentidos na economia de trabalho qualificado, que, via de regra, tem preço mais alto no mercado; com relação a este fato, Babage observou que a causa mais importante desta divisão passou desapercebida, qual seja, a poupança de trabalho qualificado. Tal verificação importa em perceber que a segmentação dos ofícios provocou o barateamento das suas partes, princípio de singular significação numa sociedade que se baseia na compra e venda de força de trabalho (BABAGE, 1963 apud BRAVERMAN, 1980).

— e uma verticalidade, que subdivide o trabalho dentro de uma unidade produtora, integrando tarefas hierarquizadas no mesmo campo técnico — o trabalho dividido entre enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem, por exemplo.

De fato, o trabalho em saúde é essencial para a vida humana e como parte do setor serviços é um trabalho da esfera não material que se completa no ato de sua realização. O consumo se dá no ato da produção sendo dele indissociável. Não tem como resultado um produto material passível de comercialização no mercado.

A prestação de serviços de saúde se dá cada vez mais em instituições formais, sejam elas públicas, privadas, lucrativas ou filantrópicas, com atenção a pacientes hospitalizados ou ambulatoriais, em atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Envolve um trabalho do tipo profissional, ou seja, realizado por grupos ocupacionais que dominam conhecimentos e técnicas especiais e que se complementam na atenção de indivíduos ou grupos com problemas de saúde ou risco de adoecer. Englobam uma série de grupos profissionais e utilização de tecnologias cada vez mais sofisticadas que complexificam o trabalho neste setor.

O trabalho dos enfermeiros insere-se neste contexto, com a responsabilidade do cuidado, seja de indivíduos, famílias e grupos tanto na prestação de cuidados e procedimentos assistenciais, na gerência da assistência de enfermagem nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Nos capítulos que se seguem serão discutidas as características do mercado de trabalho brasileiro e em saúde, destacando posteriormente as modalidades de inserção do enfermeiro neste mercado.

Capítulo II

O mercado de trabalho no Brasil

2.1 Mercado de trabalho – uma aproximação teórica

Para uma aproximação teórica do tema mercado de trabalho, optou-se por separar os termos e compreendê-los isoladamente para depois entender sua conjugação.

A noção de mercado, apesar de parecer senso comum, e ser adotado na linguagem coloquial, não é tão clara assim. Pode adquirir significações diversas e requerer o esforço para sua elucidação. Uma delas estabelece oposição entre planejamento e mercado, o que na verdade colocava em oposição economias socialistas e economias ocidentais.

Nos anos setenta o caráter regulador do mercado predominou, sendo responsável pela alocação de recursos, distribuição de renda, equacionando a relação entre poupança e investimento. O objetivo era buscar eficiência econômica sem intervenção do Estado. O mercado é que deve emitir sinais de preço. Qualquer perturbação seria por desequilíbrios passageiros, que logo se ajustariam pela lei da oferta e da demanda, voltando a prevalecer o equilíbrio.

Brunhoff (1991) estabelece duas concepções que predominaram sucessivamente: a ideologia *laisssez-faire* e a dos novos economistas neoclássicos e monetaristas em oposição ao período keynesiano.

A ideologia do *laissez - faire*, anterior a 1914, teve como fundamento teórico a lei de Say, postulada no início do século XIX, a qual estabelece que não há ocorrência de superprodução na economia, pois pagamentos de fatores

(salários, lucros, juros) que constituem custos de produção correspondem à renda necessária para a aquisição das mercadorias produzidas. Assim, a oferta cria sua própria demanda. De acordo com esta lei não haveria superprodução geral e crise, mas desequilíbrios passageiros com flutuações econômicas de curto prazo se compensando naturalmente.

Após a Primeira Guerra Mundial e a Revolução Russa, o cenário mundial foi marcado por instabilidade das moedas e um grande desemprego. A Inglaterra perde a supremacia financeira em favor dos EUA; ocorre quebra do padrão-ouro e uma crescente organização sindical. Keynes, centrado na situação interna da Inglaterra e na conjuntura externa, anuncia o fim do *laissez-faire* e propõe a intervenção econômica do Estado, com o objetivo de conduzir a um regime de pleno emprego. A intervenção econômica do Estado se traduziu pelo estabelecimento de política econômica, por um conjunto de regras que afetam a economia nacional por meio de políticas financeira, monetária (ação sobre o crédito e o câmbio) e social (regulamentação de salários e de regimes de seguros) (BRUNHOFF, 1991).

Na essência, o objetivo do keynesianismo era manter o crescimento da demanda em paridade com o aumento da capacidade produtiva da economia, de forma suficiente para garantir o pleno emprego, mas sem excesso, pois isto provocaria um aumento da inflação.

Tal mudança ideológica, anunciada pela Teoria Geral de Keynes, dominou as idéias econômicas no cenário mundial desde a grande depressão dos anos 30 até meados dos anos 70, período em que a onda inflacionária, que começa a se estabelecer nos anos 60, tem mais expressão. O keynesianismo é citado como exemplo de uma “quase-tese” de que a evolução de teorias sociais (em particular

econômicas) são reflexos de preocupações enfrentadas pela sociedade em dados momentos da história (CARVALHO, 1999).

O reformismo de Keynes *se opõe ao laissez-faire, mas também rejeita as idéias marxistas* (BRUNHOFF, 1991). Nem crise nem revolução, mas reforma do papel econômico do Estado com respeito ao sindicalismo operário.

O período que se sucedeu a segunda guerra mundial brindou os países capitalistas desenvolvidos com trinta anos de desenvolvimento econômico, que parecem ter consagrado o keynesianismo e a oportunidade de estabelecimento de políticas econômicas. As despesas públicas desempenham um papel indutor na economia e neste período se desenham as redes de proteção com o *welfare state*.

Em meados dos anos 60, delineia-se um período de retração da economia. O grande crescimento cedeu lugar à estagflação[11] com alta dos preços e aumento do desemprego. Este cenário cedeu lugar ao ressurgimento, na década de 70, da ideologia do *Big Market*, com o objetivo de impor aos agentes econômicos a disciplina do mercado.

A orientação econômica passa a seguir uma ótica monetarista, segundo a qual é possível manter a estabilidade da economia apenas com medidas monetárias, como o controle do volume de crédito, o aumento ou a diminuição da taxa de juros e redução de gastos governamentais.

O aumento do preço do petróleo na década de setenta, aliado à estagnação da economia e ao aumento da inflação, trouxeram para o cenário mundial uma grande crise econômica sem precedentes desde a grande depressão dos anos 30.

[11] Palavra consagrada na década de setenta para designar a situação de um país caracterizada pela estagnação econômica e da produção e ao mesmo tempo pela inflação dos preços.

Em síntese, a idéia de regulação pelo mercado, em escala internacional, tem a função de salvaguardar interesses financeiros capitalistas.

A proposta não é remontar os diferentes momentos da economia mundial, uma vez que tais temas já foram tratados profundamente, por um sem número de analistas especializados sob óticas variadas.

A questão central é trazer o entendimento da alternância de concepções que vem dominando o mercado, mesmo que reeditadas com ajustes conjunturais. A periodização adotada foi apenas a título de facilitar a explanação.

Para o outro pólo do termo – trabalho – trataremos de analisar as conceituações sob diferentes óticas predominantes. Como categoria abstrata, o trabalho pode ser compreendido como esforço físico ou mecânico, como energia despendida por seres humanos, animais ou máquinas (CATTANI, 1997).

Numa concepção geral, o trabalho é a forma pela qual o homem se apropria da natureza, transformando-a, tendo em vista construir as condições para sua sobrevivência. É uma atividade que altera o estado natural de materiais da natureza para aumentar sua utilidade. O trabalho humano tem como característica peculiar o fato de sua concepção anteceder a execução.

A abelha envergonha muito arquiteto na construção de seu cortiço... mas o que distingue o pior arquiteto da melhor das abelhas é que o arquiteto figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade (BRAVERMAN, 1980).

Outra concepção, com base na economia política, refere-se às formas que vem assumindo com o desenvolvimento das forças produtivas – forma concreta que assume em um determinado modo de produzir mercadorias.

Esta capacidade de adaptar ou transformar a natureza para atender às necessidades do homem produz um valor de uso que, em princípio, não tem por

finalidade produzir excedentes para acumular riqueza. A capacidade para trabalhar é uma propriedade inalienável dos indivíduos, uma vez que é tradução da articulação de propriedades físicas, cognitivas e psicológicas do sujeito.

Entretanto, o modo de produção capitalista tem na sua essência a acumulação de capital. Sob a ótica capitalista, o trabalho passa a se constituir em valor de troca. O trabalhador detém a capacidade de trabalho e o capitalista domina as possibilidades (meios) de o trabalhador exercê-la. Mas, o que o trabalhador vende e o capitalista compra não é uma quantidade de trabalho contratada, mas a força para trabalhar por um período de tempo contratado (BRAVERMAN, 1980).

Desse modo, o trabalho passa a embutir uma dupla finalidade: a de produzir valores de uso e valores de troca. Assume a condição de mercadoria a ser colocada no mercado, estando sujeito a sua regulação. Polanyi categoriza o trabalho como uma mercadoria “fictícia”. Ainda segue analisando que, ao transformar a terra, o trabalho e dinheiro em mercadorias "fictícias", o mercado capitalista vai, pouco a pouco, corroendo a própria sociedade que lhe deu origem e condições de surgir, e de se desenvolver. Busca evidências na história e na antropologia para mostrar que, na realidade, a atividade econômica sempre esteve, no passado, integrada em outras atividades de tipo social, e que a primazia do econômico, assim como a expansão e o predomínio do mercado, são fenômenos essencialmente modernos. (POLANYI, 1980)

Com esse entendimento, pode-se encaminhar a discussão sobre mercado de trabalho sob alguns postulados: o trabalho quando se “coisifica” e passa a ter valor de troca no mercado, incorpora um fenômeno moderno que acompanhou o modo de produção capitalista; as leis do mercado, com suas

nuances conjunturais, estabelecem o preço do trabalho, ou seja, estabelece o quanto vale a força de trabalho dos indivíduos.

A noção ortodoxa[12] de mercado de trabalho é a de equilíbrio entre a oferta e a demanda de um fator de produção para um preço denominado salário. (BRUNHOFF, 1991). O mercado de trabalho pode ser considerado um "termômetro" da economia. Tanto nos períodos de desenvolvimento como nos de crise, ele sofre variações que são medidas, principalmente, pelo desemprego.

Há um consenso entre os teóricos da economia que, por hipótese, existiria um "desemprego natural", que pode ser justificado por efeito de mudanças das técnicas de produção, do deslocamento dos processos de trabalho para fora do país, ou mesmo por modificação de hábitos sociais.

Os economistas ortodoxos chamam de desemprego voluntário[13] e Keynes aponta que o desemprego involuntário é um sinal de crise (BRUNHOFF, 1991).

Em oposição a esta acepção está a concepção marxista, que revela uma assimetria dos agentes econômicos – donos do capital e trabalhadores – que define o preço da força de trabalho no mercado, ou seja, o salário. Nesta concepção, o

[12] De acordo com Bresser Pereira... "O desmascaramento realizado por Marx de caráter ideológico da Economia Política levou os economistas ortodoxos da segunda metade do século XIX a reformularem a ciência econômica. Surge a Escola Neoclássica, marcada pelos nomes de Menger, Walras, Sevons, Pareto e, principalmente, pela figura dominante de Marshall. Os neoclássicos, em todo o seu trabalho, visam a desenvolver uma ciência "pura", objetiva e "positiva", baseada em os modelos econômicos matemáticos, desvinculada de valores, isenta de influências ideológicas". (BRESER PEREIRA, 1970). Ver também do mesmo autor Ortodoxos e Histórico-Institucionalistas, 2005.

[13] De acordo com César Benjamin " para os neoclássicos, a plena utilização dos fatores de produção disponíveis (entre eles, o trabalho) ocorre quando a remuneração de cada fator corresponde à sua produtividade marginal. Logo, em primeira aproximação, há desemprego (ou seja, subutilização do fator trabalho) quando os trabalhadores insistem em exigir (e, eventualmente, por quaisquer motivos, conseguem obter) salários superiores à produtividade marginal do trabalho. Trata-se pois de um fenômeno basicamente voluntário – segundo dizem explicitamente as obras de inspiração neoclássica –, pois em um mercado de trabalho competitivo todos os que aceitam a taxa natural de salário encontram trabalho" .

que regula o valor do salário no mercado é a lei de oferta e demanda, que tem na base a “superpopulação relativa” [14].

Por um lado, uma população de trabalhadores excedente é condição necessária para a acumulação capitalista, pois, com o desenvolvimento da produtividade do trabalho, cresce a força de capital que impulsiona novos ramos de produção. Nesses casos, grandes massas humanas têm de estar disponíveis para ocuparem novos postos sem prejudicar a escala de produção nos ramos já existentes. Assim, a indústria moderna e os novos métodos de produção dependeriam da transformação constante de uma parte da população trabalhadora em desempregados.

Por outro, os movimentos dos salários não são determinados pelas variações do número absoluto da população trabalhadora, mas pela proporção variável em que essa população se divide em trabalhadores empregados e trabalhadores desempregados.

Estudo desenvolvido por Phillips em 1958 identificou uma relação negativa entre *aumentos de salários e desemprego* para a economia inglesa através de uma longa série de dados (1861-1957). Dois anos depois, Samuelson e Solow reaplicam o exercício para os EUA, substituindo aumentos de salários por taxa de inflação e batizam a relação de Curva de Phillips. A relação empírica deu a impressão de que os países podiam escolher entre inflação e desemprego, ou seja, determinar sua posição na curva. A Curva de Phillips seria um menu explorável de alternativas para a política macroeconômica. Qual seja, inflação baixa com desemprego alto, inflação alta com desemprego baixo, ou um ponto intermediário. A discussão de política econômica nos EUA na década de 60 teve muito a ver com

[14] Também chamada de exército industrial de reseva. As formas de superpopulação relativa, ou exercito industrial de reserva assumem periodicamente as três formas seguintes: flutuante, latente e estagnada.

a escolha do melhor ponto sobre a curva de Phillips. Naquela década, a taxa de desemprego dos EUA se reduziu à custa da elevação da inflação, como previa a curva de Phillips (GARCIA, 2005).

Entretanto, o choque do petróleo e a estagflação dos anos setenta deram uma nova versão para a curva de Phillips, que é atualmente aceita na macroeconomia. Na versão contemporânea da curva de Phillips, o desemprego afeta a variação da inflação, não o seu nível. O que pode ser escolhido é entre a taxa de desemprego e a variação na taxa de inflação. Nos dias de hoje, não se acredita que um desemprego elevado leve a uma inflação baixa, mas a uma redução na inflação (GARCIA, op. cit.). Acrescenta que um desemprego alto pode estar representando um desvio elevado da taxa natural ou apenas um aumento da taxa natural de desemprego. O modo de descobrir a resposta é olhar para a variação da inflação. Se esta estiver declinante, há indícios de que se trata de um desemprego elevado e não de uma taxa de desemprego natural mais alta.

O fato é que na sociedade pós industrial[15] o desemprego fica cada vez menos suscetível a medidas econômicas de reversão. Analistas vêem com pessimismo a possibilidade de retorno no mundo, que não seja do pleno emprego, mas níveis de desemprego baixos (natural). Parece que o desemprego que se espalha sem mostrar sinais de retrocesso estaria fundamentalmente ligado a uma crise do trabalho da civilização pós industrial.

Tratar-se-á, na seqüência, de destacar alguns aspectos do Mercado de trabalho no Brasil, estabelecendo como corte o início dos anos noventa, período que enfrentamos mudanças expressivas no cenário nacional após a primeira eleição

[15] A sociedade pós-industrial é caracterizada por uma sociedade baseada em serviços. Uma transição do sistema produtivo baseado em produção de bens materiais para a produção de bens imateriais e de serviços, com valorização do conhecimento e do trabalho intelectual. Daniel Bell e Alain Touraine profetizaram essa transição já nos anos 60. Bell construiu um quadro sinóptico comparando as características da sociedade industrial e da pos industrial. (Ver a respeito em Domenico de Masi, 2000, p 48- 53).

presidencial com voto direto, após a abertura política bem como a posição do Brasil no cenário internacional com a abertura comercial que foi adotada.

2.2 Mercado de trabalho no Brasil – a década de 90 em destaque

A década de 90 se inicia com um comportamento da atividade econômica muito semelhante àquele que foi observado no início da década anterior, ou seja, com uma forte contração na taxa de crescimento e do PIB.

Este movimento, de estagnação ou baixo crescimento, na verdade, castiga continuamente o país nesses últimos quase 30 anos. O direcionamento econômico mudou radicalmente de direção em relação ao observado na década de 70. Como resultado o Brasil, país líder de crescimento, passou a apresentar taxas de expansão bastante inferiores às observadas dentre os países em desenvolvimento, com exceção de nossa parceira de Mercosul, a Argentina (DEDECCA, 2004).

O conjunto de políticas adotadas no primeiro ano da década de 90 engendrava um novo redirecionamento para a economia brasileira, através da promoção de uma política de abertura do mercado nacional aos produtos produzidos no exterior bem como ao modo com que o Estado brasileiro se relaciona com a sociedade.

Esta abertura comercial, acompanhando o processo de globalização econômica, acelerou o movimento de reestruturação produtiva em função da necessidade de aumentar a competitividade industrial. A intensificação do ritmo de introdução de mudanças tecnológicas e organizacionais, principalmente no setor industrial, tinha como objetivo a elevação dos níveis de produtividade e qualidade dos produtos nacionais, com o intuito de fazer frente à concorrência internacional.

Tais medidas trouxeram conseqüências extremamente deletérias para o mercado de trabalho brasileiro, delineando um quadro de redução do emprego

formal e ampliação do número de trabalhadores autônomos e dos empregados sem carteira assinada. De fato, o setor informal pode ser pensado como uma alternativa compensatória ao desemprego, ou seja, uma possibilidade para absorver a mão-de-obra do setor formal da economia (FUENTES, 1997).

Os dados da OIT apontam o contínuo crescimento do trabalho informal na América Latina e no Brasil, em detrimento do trabalho regulamentado e/ou protegido por legislações específicas. Vale lembrar que o crescimento da informalidade do trabalho se inscreve em um período marcado pelo desemprego contínuo no mercado formal. No Brasil, o trabalho informal atingia 7 milhões de pessoas no início da década de 90, contra 2 milhões em 1980. Assim, o trabalho informal parece despontar como um recurso e abrigo dos trabalhadores face à escalada do desemprego. (SILVA e SOUZA, 2006).

Pochmann (1997) apresenta três visões que vêm predominando nos estudos sobre mercado de trabalho no Brasil nos 15 últimos anos. A primeira considera o problema do desemprego como decorrência das baixas taxas de crescimento da economia, o que poderia ser solucionado com a volta do desenvolvimento econômico,seja pela via formal, seja por uma flexibilização do mercado. A segunda visão é que não há propriamente desemprego no Brasil, uma vez que temos um mercado flexível capaz de gerar muitas ocupações, o que se justifica pelas baixas taxas de desemprego apontadas pelo IBGE, sendo a maior preocupação a qualidade das ocupações geradas. A terceira, com a qual se identifica o autor, é da dimensão estrutural do desemprego no funcionamento da economia, justificada tanto pelo abandono das políticas de industrialização quanto pelo processo abrupto de abertura comercial e de reestruturação empresarial em curso na década de noventa.

Fuentes (1997) utiliza conceitos criados por Amoedo em que o desemprego é considerado o custo de ajuste e o comportamento do setor informal como variável de ajuste. O entendimento é de que o setor informal foi necessário para que fossem desenvolvidas políticas de emprego que melhorassem a situação ocupacional.

O uso da expressão *trabalho informal* tem suas origens nos estudos realizados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) no âmbito do Programa Mundial de Emprego de 1972. Ela aparece, de forma particular, no relatório a respeito das condições de trabalho no Quênia, na África. Constatou-se um grande contingente de trabalhadores vivendo de atividades econômicas consideradas à margem da lei e desprovidas de qualquer proteção ou regulação pública. O estudo verificou que havia uma parcela da população, composta por indivíduos sem qualificação, desempenhando toda a sorte de atividades por não encontrar espaço nas atividades tradicionais. Tais atividades foram denominadas atividades informais.

Uma das formas de classificação do trabalho informal utilizado pela OIT toma como referência a unidade econômica, caracterizada pela produção em pequena escala, pelo reduzido emprego de técnicas e pela quase inexistente separação entre o capital e o trabalho. Tais unidades também se caracterizariam pela baixa capacidade de acumulação de capital e por oferecerem empregos instáveis e reduzidas rendas. Refere também à completa falta de direitos sociais por parte dos trabalhadores (OIT, 1972).

Hart, citado por Fuentes, aponta como principal diferença entre setor formal e informal a existência de trabalho assalariado e trabalho autônomo respectivamente. (FUENTES, 1997). O estudo da OIT serviu de base para se

estabelecer modelos dualistas, ou seja, a de um mercado de trabalho segmentado em um setor tradicional ou de subsistência, e um setor moderno. Entretanto, não há consenso sobre a representação do setor informal e seus efeitos no mercado de trabalho.

Para Cacciamali (2000) o setor informal é, de uma maneira equivocada, um conceito definido para mercado de trabalho, em vez de constituir-se como uma categoria analítica da estrutura produtiva.

Camargo (1996) associa o setor informal à perspectiva de flexibilidade do mercado de trabalho, ou seja, à capacidade de adaptação do mercado de trabalho a choques exógenos, mantendo pequenas variações na taxa de desemprego aberto[16].

A propósito, de acordo com Lagos (1994) e Filgueiras Rauch (2000), a flexibilidade do mercado de trabalho pode ser classificada em:

- De custos laborais e financeira – consiste na revisão de regras trabalhistas e na criação de instrumentos de remuneração para se adaptar às necessidades de produção, como gratificações e complementos salariais;
- Numérica - que pode ser subdividida em externa, quando a empresa realiza ajustes no seu quadro de trabalhadores, ou flexibilidade interna ou temporal, quando implica em variação no número de horas trabalhadas, sem mudanças de efetivos de trabalhadores, ou seja, na quantidade de empregos;
- Funcional - refere-se à mobilidade dos trabalhadores dentro da empresa com a reorganização de postos de trabalho diante de modificações no volume de trabalho ou por introdução de novas tecnologias.

[16] O IBGE utiliza o critério de desemprego aberto, no qual somente as pessoas que no período de referência estavam disponíveis para trabalhar, e realmente procuraram trabalho, são consideradas desempregadas.

Apesar de haver controvérsia, o conceito de trabalho informal utilizado pelas estatísticas oficiais do IBGE está atrelado ao tipo de posição na ocupação: aquele cujos ocupantes são trabalhadores por conta própria ou trabalhadores sem carteira assinada.

Sabe-se que boa parcela do setor informal é representada por trabalhadores com baixa qualificação e pouca escolaridade que, em tempos de crise econômica e, mais especificamente, nas mudanças de organização do processo produtivo, não encontram espaço no setor formal (que vem exigindo cada vez mais profissionais polivalentes e com maior nível educacional) e passam a se sujeitar a situações cada vez mais precárias, com baixos salários, péssimas condições de trabalho, perda de direitos trabalhistas, extensão da jornada de trabalho, entre outras. Por outro lado, encontra-se também no setor informal uma parcela de trabalhadores qualificados que não se sujeitaram aos ajustes salariais impostos pelo mercado e optaram por trabalhar por conta própria, em função da possibilidade de aumentar os seus ganhos.

Pochmann (1997) aponta que no Brasil, entre 1990 e 1992, mais de 2 milhões de postos de trabalhos foram queimados por força da política recessiva do Governo Collor, sem maiores preocupações com seus impactos sociais. No período compreendido entre 1993 e 1997, pode-se observar uma recuperação no nível de atividade econômica, sem, entretanto, ser verificada a ampliação do nível de emprego assalariado. Acrescenta que, além do fechamento de empresas, a internacionalização e a privatização de outras, ocorre um processo de reestruturação empresarial, com a racionalização da produção e o aumento da produtividade acompanhada por aumentos da jornada total de trabalho, seja

através de maior uso de horas extras, seja através de ocupações sem registro e por conta própria que operam, em geral, com tempo de trabalho muito intensivo.

O Brasil experimentou, no final de século passado, um desemprego que talvez nunca tenha sido observado. Seu crescimento, tanto em termos relativos quanto absolutos, tem sido acompanhado pela crescente deterioração das condições de trabalho. Tal aumento do desemprego é generalizado, tanto em termos de grupos sociais, como em termos setoriais. Para ilustrar, a maior taxa de crescimento[17] do número de desempregados é a do grupo social com maior escolaridade – tratam-se aqui, de engenheiros, advogados e economistas desempregados. A redução do número de postos de trabalho ocorreu todos os anos a partir de 1995, e atingiu todos os setores, inclusive aqueles com maior intensidade no uso de trabalho (construção civil e comércio) (MATTOSO, 1999).

Pode-se observar na tabela abaixo que a taxa de desemprego aberta foi crescente durante toda a década de 90, tendo crescimento mais expressivo nos dois últimos anos.

[17] Aqui está referido maior taxa de crescimento o que não significa que seja este grupamento o maior contingente de trabalhadores desempregados.

Tabela 1 - Taxa de desemprego aberto. Brasil, 1991-2002.

Ano	Meses												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Média
1991	5,7	5,9	6,4	6,1	6,2	5,3	4,1	4,4	4,7	4,7	4,9	4,6	5,3
1992	5,3	6,8	6,8	6,6	7	5,5	5,7	6,3	6,2	6,3	6,3	5	6,2
1993	6,5	6,3	6,3	6,6	5,7	5,3	5,6	5,7	5,5	5,4	5,2	5	5,8
1994	5,9	5,9	6,3	5,8	5,6	5,9	5,8	5,9	5,3	4,9	4,3	3,8	5,5
1995	4,7	4,5	4,8	4,7	4,7	4,9	5,2	5,2	5,5	5,4	5,2	5	5,0
1996	5,6	6,2	6,7	6,5	6,3	6,3	6	6	5,6	5,4	4,9	4,3	5,8
1997	5,5	5,9	6,3	6,1	6,4	6,8	6,5	6,4	6,1	6,2	5,8	5,5	6,1
1998	7,9	8,4	8,9	8,9	8,9	8,7	8,7	8,5	8,3	8	7,8	7,1	8,3
1999	8,4	8,5	8,9	8,8	8,4	8,4	8,1	8,3	8	8,2	8	7,1	8,3
2000	8,4	8,9	9	8,5	8,4	8,1	7,9	7,8	7,3	7,5	6,8	5,6	7,9
2001	6,3	6,4	6,9	7	7,6	7	6,7	6,8	6,8	7,1	7	6,4	6,8
2002	6,8	7	7,1	7,6	7,7	7,5	7,5	7,3	7,5	7,4	7,1	5,2	7,1

FONTE: IBGE, Diretoria de pesquisas, departamento de emprego e rendimento, pesquisa mensal de emprego.

Mattoso (1999) acrescenta que também tem havido uma piora significativa das condições de trabalho. Os dados são conclusivos a respeito do aumento do trabalho temporário, por tempo determinado, e sem renda fixa. A precarização do trabalho reflete o fato de que dois em cada cinco brasileiros encontram ocupação em atividades informais. Verifica-se que nas grandes cidades três em cada cinco brasileiros estão desempregados ou na informalidade. Estima-se, então, que cerca de 24 milhões de pessoas estariam fora do mercado formal de trabalho, enquanto mais de 10 milhões estariam desempregadas.

Para o mercado de trabalho brasileiro a década de 90 também parece ter sido uma década perdida, marcada pelo desemprego, pela flexibilização do mercado de trabalho e grande aumento da parcela da população submetida a modalidades de trabalho informal.

A taxa de desemprego aberto a partir de 2000 apresenta um recuo, como pode ser visto na Tabela 1. Relatório do Banco Central, de 2005, com base nos dados do IBGE, mostra que o desemprego ostentou neste ano patamares menores que 2002, apresentando tendência de queda para os próximos meses. Acrescenta ainda que os dados do Ministério do Trabalho confirmam o comportamento favorável de geração de empregos.

Tabela 2 - Taxa de desemprego aberto. Brasil, 2005-2006.

Período		Taxa média
2005	Jan	10,2
	Fev	10,6
	Mar	10,8
	Abr	10,8
	Mai	10,2
	Jun	9,4
	Jul	9,4
	Ago	9,4
	Set	9,6
	Out	9,6
	Nov	9,6
	Dez	8,3
2006	Jan	9,2

Fonte: IBGE

Entretanto, os dados apresentados na tabela acima, apesar de mostrarem uma tendência decrescente, mostram uma média ainda superior às observadas no final da década passada. Para a economista Ceci Juruá, as previsões para 2006 não são otimistas. Em resenha sobre o período que se segue, observa, com base na configuração da economia nacional, três movimentos:

> (...) reconcentração de renda em favor do capital rentista e em detrimento dos rendimentos do trabalho; endividamento de amplos segmentos da economia brasileira e, principalmente, do Governo federal; desindustrialização e desnacionalização do sistema produtivo local.
> Acrescenta que esses três movimentos são complementares e atuam no sentido de ampliar a dominação das finanças internacionais sobre

> a economia e a sociedade no Brasil. A reconcentração de renda e o desemprego industrial limitam a expansão do consumo doméstico e propiciam o endividamento das famílias; a estagnação do consumo fragiliza as finanças públicas e limita a modernização dos negócios privados voltados para o mercado interno, provocando desequilíbrios econômico-financeiros que, aliados às elevadíssimas taxas de juros, propiciam o endividamento das empresas e as conduzem à falência ou à desnacionalização. (JURUÁ, 2006).

Dedecca (2004) afirma que não existe experiência mundial que comprove um elevado grau de desenvolvimento e dinamismo econômico sem um mercado interno forte, nem tampouco sem uma distribuição de renda com uma participação dos salários inferior a 50%. Coloca que se o governo atual conseguir tal façanha, mantendo a atual política econômica, estaremos frente a um verdadeiro milagre.

Como se comporta o mercado de trabalho em saúde neste cenário? O quadro verificado no mercado de trabalho em geral no Brasil é reflexivo na saúde?

2.3 O mercado de trabalho em saúde nos anos 90

Será analisado analisar nesta parte alguns destaques sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde nos anos 90. Já foi discutido nos capítulos anteriores a configuração do setor saúde como parte do setor terciário, conferindo-lhe alguns atributos que são estruturais para o entendimento deste segmento, bem como algumas características do mercado de trabalho no Brasil neste período.

O objetivo maior é estabelecer o cenário do mercado de trabalho em saúde na década passada para que se possa estabelecer um paralelo com a situação atual do mercado de trabalho dos enfermeiros, que será aprofundado nos próximos capítulos.

No mercado de trabalho formal, o segmento da saúde apresentou crescimento na última década. A importância do emprego e da massa salarial gerada em atividades de saúde representou no final dos anos 90 cerca de 10% do equivalente na economia em geral (GIRARDI, 2002).

Dedecca (2001) assinala que o mercado de trabalho em saúde teve, na década de 90, uma dinâmica específica, com crescimento do emprego, tanto público como privado. Mostra que no núcleo do Setor Saúde, entre 1992 e 1997, foram criadas cerca de 300 mil ocupações, e em torno de 450 mil ocupações em atividades afins. Tal crescimento representa um incremento de aproximadamente 10%, observado na população ocupada não agrícola.

É consensual que a implementação do Sistema Único de Saúde foi o grande alavancador deste mercado, tanto pela expansão da rede pública, em especial na esfera municipal, quanto da rede privada contratada que, indubitavelmente, gerou novos postos de trabalho. O papel da política de

atendimento à saúde interfere positivamente no desempenho do mercado de trabalho nacional. (DEDECCA, 2001).

De acordo com Girardi (2002), com base nos dados dos registros administrativos do Ministério do Trabalho (RAIS- CAGED), a estimativa é de que o setor saúde detenha 2,5 milhões de vínculos formais de emprego dos quais 1,7 milhão no núcleo do setor. Tais empregos representam 10% da economia formal do país.

Em relação ao estoque, com base nos dados dos conselhos profissionais, estima-se um quantitativo de 1,7 milhões de profissionais de saúde e 930.189 vínculos de empregos formais para estes profissionais, segundo os registros da RAIS. Em dezembro de 2000, dos 2,5 milhões de vínculos formais do macro setor saúde, cerca de 70% destes estavam em estabelecimentos de serviços de saúde (GIRARDI, 2002).

Tabela 3 - Comparação de indicadores gerais dos mercados de trabalho dos profissionais de saúde empregados no setor formal. Brasil, 1995-2000.

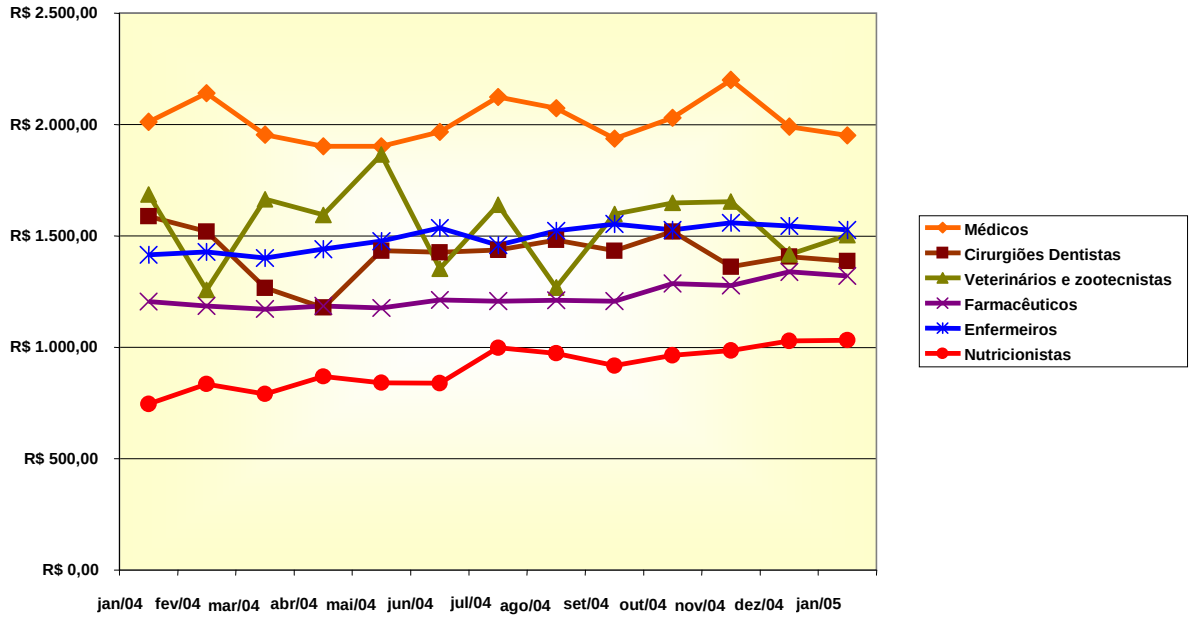
Ano	Nº de vínculos Ativos	% de participação feminina	Idade média	Salário médio (em salários mínimos)	Horas semanais contratadas	Tempo médio de emprego em meses
1995	816.838	72,4	37	6,7	35	75
2000	930.189	73,3	38	6,5	36	84

Fonte: MT/Adaptado de Girardi 2004

O estoque de vínculos ativos da saúde cresceu, em cinco anos, 11,4%, o que pode ser considerado um excelente desempenho do setor num período em que as taxas de desemprego cresceram. Entretanto, apesar de pouco expressiva, observa-se uma pequena redução do salário médio e um discreto aumento da média de horas semanais contratadas. Se comparados ao salário médio, entre janeiro de

2004 e janeiro de 2005, no conjunto das ocupações da saúde a queda é bem mais acentuada, ficando o salário médio em torno de 4,3 salários mínimos.

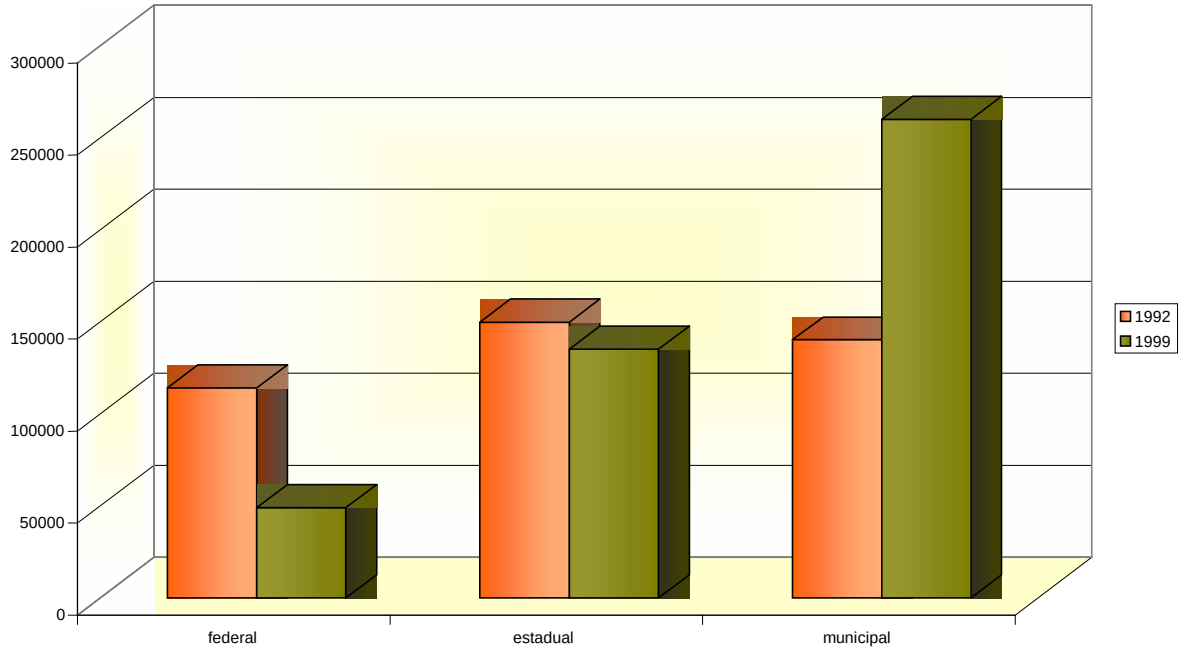
Gráfico 1 - Evolução do salário médio por ocupação. Brasil, Janeiro 2004 - Janeiro 2005.



Fonte: MT/Nescon

No que se refere ao segmento público, houve um movimento singular decorrente do processo de descentralização das ações de saúde. A esfera municipal, em 1999, passou a deter a gestão de 92% dos estabelecimentos públicos (estatais) de saúde no país, restando, ao nível federal 2% e ao estadual 6%. (SILVA; COSTA, 2001). Este mesmo movimento pode ser observado com o crescimento do emprego público, que se dá de forma expressiva no nível municipal, que apresenta uma variação positiva no período de 1992 a 1999, de 85,5%, enquanto o nível federal ostenta uma perda de 57% dos postos de trabalho, conforme demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2 - Empregos públicos de saúde segundo esfera administrativa. Brasil, 1992-1999.



Fonte: IBGE/AMS

Não há consenso em relação ao segmento do setor saúde que detém o maior número de empregos. De acordo com os dados da RAIS, o setor privado é o responsável pelo maior número de empregos formais (52,4%) de profissionais de saúde no núcleo do setor. Já nas atividades afins é o setor público que detém o maior número de vínculos (52,2%) (DEDECCA, 2001). Já pelos dados da AMS/ IBGE o dinamismo do setor pode ser atribuído, na década de 90, ao incremento de postos do setor público estatal, alavancados pela implementação do SUS, que se deu na ordem de 36% contra 26,5% do setor privado. Em 1999, do total de empregos do setor saúde, 53% eram públicos. (SILVA; COSTA, 2001)

Sob uma análise mais qualitativa, pode ser observado que o segmento público do setor saúde concentra um maior contingente de profissionais com escolaridade e maior qualificação. Por exemplo, no setor privado há uma maior proporção de pessoal de enfermagem que no setor público, enquanto a proporção

de médicos e enfermeiros é maior no público. Os profissionais com nível de escolaridade superior representam 44,6% no setor público enquanto que no privado somam 19,5%. (DEDECCA, 2001).

Parece haver consenso que, ao contrario do observado no mercado de trabalho em geral na década de 90, o setor saúde apresentou dinamismo positivo, com expansão de postos de trabalhos e o aumento de ocupações no setor. Pode-se argumentar que, em uma perspectiva macroeconômica, o setor poderia ter um potencial de abrandamento, por meio da geração de emprego e renda, do impacto social das tendências de crescimento do desemprego observadas nesta década.

Entretanto, alguns estudos como os de Machado (2000) e Girardi (2003), realizados para analisar o período, puderam mostrar que o setor saúde não esteve tão imune aos efeitos dos impactos dos processos de desregulamentação e desestruturação do mercado de trabalho brasileiro. Tais impactos foram observados através de mudanças ocorridas nas relações contratuais, com o aumento de vínculos informais, principalmente no setor público.

Os gestores municipais e estaduais, no transcorrer dos anos noventa, vêem-se diante de escolhas paradoxais. Se, por um lado, as reformas preconizadas para diminuição dos gastos públicos e da dívida interna impuseram medidas restritivas com o gasto com pessoal[18], por outro, a necessidade de expansão da rede de serviços de saúde com o processo de descentralização apontava para a premência de abertura de novos postos de trabalho. O Programa de Saúde da Família pode ser usado como exemplo emblemático da utilização de “novas” formas contratuais (por meios mecanismos de terceirização e outras modalidades de contratos informais) para a inserção de trabalhadores no sistema de saúde.

[18] Lei de responsabilidade Fiscal - Lei complementar nº 101 de 4 de maio de 2000.- Lei Complementar nº 82 de 27 de março de 1995 – Lei Camata .

Alguns gestores locais passaram a defender o expediente de contratação de profissionais de saúde por meio de empresas terceirizadas e cooperativas, alegando que tais mecanismos fortaleciam a governabilidade e melhoravam a qualidade da assistência nas unidades de saúde, uma vez que não havia mais problemas com a falta e a reposição de pessoal nos serviços.

Os resultados da pesquisa “Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil” (GIRARDI, 2003) mostram que os principais agentes contratantes para o PSF são as prefeituras (em torno de 80% para todas as categorias), onde as formas de contratação temporária de trabalho e o vínculo de prestação de serviços predominam amplamente sobre todas as outras formas de contrato nos municípios pesquisados.

Silva e Costa (2001) mostram, com base no relatório do NEPP (2000), que 22% e 25% dos municípios brasileiros, adotavam a forma contratual estatutária para a inserção de médicos e enfermeiros, respectivamente, na atenção básica. A terceirização por empresas e cooperativas foi registrado como principal tipo de contratação de médicos, em 18% dos municípios e para enfermeiros em 12%, na região sul do país. Na região Centro-Oeste, 38% dos municípios informam utilizar a modalidade de contrato de autônomo para médicos e 33% utilizam-se da mesma modalidade para contratar enfermeiros e odontólogos.

O panorama apresentado pode apontar algumas pistas para a compreensão das questões anteriormente levantadas. Em primeiro lugar, o fato de o mercado de trabalho em saúde, como já referido, apresentar um comportamento diferenciado com aumento de postos de trabalho e de pessoal ocupado no setor. Os estudos são insuficientes para avaliar se há, e como se comporta, o desemprego no setor. O quadro de desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho

em geral pode, em parte, ser reflexivo na configuração do setor saúde, uma vez que na década de 90, principalmente o setor público valeu-se de modalidades mais flexíveis para a contratação de profissionais de saúde.

Entretanto, há indicativos de mudança neste cenário, quando analisado a partir de 2000, seja pela própria orientação política da SEGETS/MS de “desprecarização” do trabalho no SUS, seja pelo papel do Ministério Público, que vem pressionando estados e municípios a cumprirem o princípio constitucional de ingresso no serviço público mediante concurso público.

Nos próximos capítulos, será discutido como vem se configurando, especificamente, a dinâmica do mercado de trabalho dos enfermeiros nos últimos anos, e como este mercado se comportou em relação ao mercado de trabalho brasileiro. Para iniciar o debate buscou-se caracterizar a profissão na sociedade brasileira e sua inserção no processo de trabalho, trazendo para análise alguns aspectos da enfermagem no cenário internacional como forma de enriquecer e ampliar a discussão.

Capítulo III

O enfermeiro em foco – o cenário do mercado de trabalho

3.1 A profissão do enfermeiro e sua inserção na sociedade

O modelo de enfermagem moderna nasce na Inglaterra, no final do Século XIX, como produto do empenho pessoal de Mrs. Florence Nightingale, abrindo a perspectiva para uma nova categoria profissional para mulheres, que, à época, se constituiu como uma alternativa para a instrução de mulheres. A atividade de *nurse* como sinônimo de enfermeira qualificada não se apresenta como uma ameaça à hegemonia masculina no campo da medicina. Apesar de exercida com conhecimentos científicos, as questões afetas ao gênero, como paciência e docilidade, eram avocadas para aperfeiçoar a nobre profissão (SILVA JUNIOR, 2000).

A enfermagem moderna instituiu a divisão técnica do trabalho na enfermagem, estabelecendo a cisão entre o pensar e o fazer neste campo de atividade. As atividades mais nobres, de supervisão e gerência do cuidado, estavam destinadas a senhoras de moral ilibada e com conhecimentos científicos da natureza das doenças e de sua cura, características da racionalidade médica ocidental. As auxiliares cumpriam a execução das tarefas menos nobres, sob supervisão. O modelo Nightingale exerceu forte influência na estruturação da profissão no Brasil.

A organização da enfermagem no Brasil tem início no período colonial, inicialmente em domicílios, e mais tarde junto às primeiras Casas de Misericórdias herdadas da cultura portuguesa, sendo exercidas as atividades por escravos que ajudavam os religiosos a cuidar dos enfermos.

A partir de 1808, dá-se a criação de colégios e cursos com a finalidade precípua de formar profissionais. Nascem, assim, os primeiros cursos de Medicina e de Direito, os primeiros cursos técnicos de artes e ofícios e os colégios militares.

Os primeiros projetos de organização nacional para formação de profissionais de saúde surgiram através da ação de Estado. Foram organizadas as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e Bahia (Lei de 03 de outubro de 1832). Nelas foram incluídos os cursos anexos de *pharmacêutico* e o de *parteira*. Observa-se que, para admissão nesses cursos, os critérios eram diferenciados, especialmente em relação ao curso de Medicina, identificado na Lei como curso de nível superior:

> *Art. 22 - o estudante que se matricula para obter o título de doutor em Medicina deve: 1º - ter pelo menos dezesseis anos completos; 2º - saber latim, qualquer das duas línguas Francesa ou Inglesa, Philosophia racional e moral, Arithmética e Geometria. O que se matricula para obter o título de Pharmacêutico, deve: 1º - ter a mesma idade; 2º - saber qualquer das duas línguas Francesa ou Inglês, Arithmética, Geometria, ao menos plana. A mulher que se matricula para obter o título de parteira, deve: 1º - ter a mesma idade; 2º - saber ler e escrever corretamente; 3º - apresentar um atestado de bons costumes passado pelo Juiz de Paz da freguesia respectiva* (CHRISTÓFARO, 1994).

A formação de Enfermeiros teve início com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Esta escola, que é de fato a primeira escola de enfermagem brasileira, foi criada pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, e denomina-se hoje Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencendo à Universidade do Rio de Janeiro - UNI-RIO. Reformado pelo decreto de 23 de maio de 1930, o curso passou a ter três anos de duração e era dirigido por enfermeiras diplomadas.

Em 1922, é criada junto ao Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública, a Escola de Enfermeiras do

Departamento Nacional de Saúde Pública, a atual Escola Anna Nery, com padrão de ensino no modelo Nightingale (CARVALHO, 1976). Em 1937, foi incluída na Universidade do Brasil como Instituto de Ensino Complementar, passando, em 1946, a ser igualada às demais unidades acadêmicas. A Escola de Enfermagem Anna Nery foi a primeira escola do Brasil integrada à Universidade. A lei 775 de 6 de agosto de 1949 (regulamentada pelo decreto 27.426 de novembro de 1949) dispõe sobre o ensino de enfermagem no país com a distinção de dois cursos ordinários: o curso de enfermagem (com duração de 36 meses e como pré-requisito o ensino secundário) e o curso de auxiliar de enfermagem (18 meses e o como pré-requisito o ensino primário) (PAIXÃO, 1969).

A profissão do enfermeiro tem como sua essência a expressão do cuidado. Conforme destaca Miranda (1996), para Florence, “a enfermagem é uma ciência e uma arte, talvez a mais bela das artes”.

Uma profissão pode ser conceituada como tal quando possibilita a atuação de seus agentes numa realidade social organizada, baseada em um corpo específico de conhecimentos, de tal forma que estejam resguardados um determinado grau de cientificidade, o monopólio na execução de certas atividades, o reconhecimento social e a organicidade (MACHADO, 1991). No entendimento dessa autora, os enfermeiros e os farmacêuticos eram considerados como semi-profissões, tendo como justificativa a falta de um corpo de conhecimento específico (MACHADO, 1995). Entretanto seguindo a argumentação teórica de estudiosos das profissões adota-se uma posição diferente.

No entendimento de Freidson (1978), considera-se “profissão” a ocupação que passa a ostentar posição predominante na divisão do trabalho, de tal forma que exerça o controle sobre a determinação da sua própria atividade,

evocando, como os demais, a inquestionável necessidade da existência de um corpo esotérico de conhecimentos. O autor considera que, para o estudo das profissões, se faz necessário muito mais, apoiar-se numa teoria das ocupações do que na teoria de classes. Acrescenta que, as ocupações distinguem-se entre si através dos conhecimentos e competências necessárias para a realização de tarefas diferentes.

Defende, ainda, uma “genuína sociologia do trabalho” que estude de forma sistemática a natureza e a variedade de conhecimentos e competências especializadas, incorporadas ao trabalho e o papel desses na diferenciação do trabalho e das ocupações, e a maneira pela qual essa diferenciação se torna organizada (FREIDSON, 1998).

Para Larson (1977), a efetivação do processo de profissionalização tem como eixo dois elementos fundamentais, porém independentes: o corpo de conhecimento abstrato passível de emprego prático e um mercado de trabalho favorável, cuja determinação tem origem no desenvolvimento econômico e social. Enfatiza que o conhecimento deixa de ser personalizado e passa a representar a base cognitiva de determinado grupo, sendo a sua formalização um poderoso instrumento da unificação profissional.

De fato, nas sociedades modernas, a formalização e a padronização do conhecimento são dadas pelas universidades, instituição legalmente constituída para tal finalidade. Desse modo, o saber teórico e a práxis são compartidos pelos membros de uma profissão, tal como por seus aspirantes.

Cabe lembrar também os usos dos conceitos de *campo* e *corpo* nas análises desenvolvidas por Bourdieu (1974) sobre grupos profissionais, onde defende a idéia de que todo grupo profissional é potencialmente campo e

potencialmente corpo, conforme o momento de sua evolução. Para ele, uma ocupação enquanto campo significa dispersão, conflito ou contradição. Mas, ao mesmo tempo, em face das disputas com outros segmentos do mercado, pode se constituir como corpo, delimitando o grau e os espaços de conflitos internos em nome de uma comunidade de interesses, sobrepondo o interesse geral ao particular.

O modelo para definir uma profissão, construído por Freidson (1996), pode ser sintetizado:

- A aplicação de um corpo especializado de conhecimento na prática da atividade, dentro do mercado de trabalho formal, para o sustento dos praticantes, requerendo familiaridade com conceitos abstratos e teorias, o que lhe confere certo status;
- Os integrantes do campo profissional possuírem a jurisdição sobre o corpo do conhecimento necessário a sua prática, e sobre a organização da forma particular de divisão do trabalho que a atividade possui;
- Os integrantes possuírem mecanismos de proteção dos praticantes no mercado de trabalho, através da concessão de credenciais, que afirmem a sua competência para exercer tarefas;
- A profissão possuir programas de treinamento, ou cursos, que têm lugar fora do mercado de trabalho, em faculdades associadas a universidades. Seus currículos são estabelecidos e controlados pelos membros da profissão.

Moore (1970) e Wilensky (1970) estabelecem de forma semelhante os atributos do processo de profissionalização:

- É uma ocupação de tempo integral, ou seja, o profissional passa a viver da remuneração obtida a partir do seu trabalho naquela atividade e existem demandas por este serviço;
- Caracteriza - se pela vocação**,** o que sugere identidade do profissional com os valores difundidos pela profissão, aceitação de suas normas e modelos, e identificação com seus pares. Criam-se escolas de treinamento que sistematizam a transmissão do conhecimento;
- Possui organização que visa, sobretudo, à defesa dos interesses corporativos da ocupação, controlando também as formas de admissão e de exercício profissional. Em geral, adotam um código de ética que formaliza as normas de conduta dos profissionais. O Estado concede à ocupação, a exclusividade legal sobre a prestação de determinados serviços no mercado, punindo aqueles que praticam a atividade sem o devido credenciamento para tal. Cria-se a associação profissional**;**
- Possui um corpo de conhecimento formal complexo e teórico que é transmitido, via de regra, por universidades;
- A ocupação adquire autonomia.

Outro ponto em que os dois autores encontram similaridade no pensamento é a relativização da autonomia entre profissionais assalariados.

Entretanto, fugindo da abordagem taxonômica, Freidson (1998) define que a profissionalização é um processo em que uma ocupação organizada alega o domínio de competências especiais e obtém o direito exclusivo de realizar um determinado trabalho, prover treinamento para este trabalho e controlar o direito de avaliar como este trabalho é organizado. “Constitui uma base para organizar

empregos e trabalho numa divisão do trabalho inteiramente diferente do princípio administrativo" (op. cit., 1998).

Outra questão teoricamente relevante para o autor é a distinção entre princípio ocupacional e princípio administrativo. Segundo ele os serviços profissionalizados não são objetos da autoridade administrativa sobre o trabalho, diferentemente das ocupações que surgem vinculadas a posto isolado de trabalho sem existência própria; estes sim se regem pelo princípio administrativo (FREIDSON, 1998).

Com base nestas posições, pode-se argumentar que a ocupação do enfermeiro constitui-se como profissão, uma vez que: possui corpo de conhecimento próprio, reserva de mercado disciplinada pelos pares e legitimada pelo Estado, código de ética, bases associativas e o treinamento realizado por instituição de ensino superior e a cargo dos pares. Poder-se-ia questionar quanto ao princípio da autonomia, uma vez que a profissão é tipicamente assalariada e institucionalizada. Entretanto cabe refletir as várias formas de interpretar o sentido da autonomia.

Autonomia pode ser definida como a capacidade que tem uma agremiação profissional de reger-se segundo as próprias leis. Bobbio (1995) associa a autonomia à capacidade de autogoverno, apesar de reafirmar o caráter polissêmico dos termos. Freidson (1998) defende que, quando uma ocupação se torna efetivamente organizada, pode conquistar um pouco de autonomia para seus membros, em relação ao controle alheio. Sustenta a idéia de que as ocupações adquirem autonomia relativa interligando experiência e atividades individuais com realidades macrossociológicas da economia política, particularmente de segmento do mercado de trabalho, o que denominou de "abrigo", termo que consagrou para

expressar a monopolização de oportunidades para realizar determinado conjunto de tarefas por uma ocupação justificada por sua “expertise”.

De fato, com a complexidade do trabalho na atualidade, decorrente do desenvolvimento do aparato tecnológico, a autonomia, do ponto de vista independência de ação de diferentes grupos profissionais vem se tornando cada vez mais relativa. Mesmo profissões tipicamente autônomas, como os médicos na saúde, além de estarem sujeitos cada vez mais ao processo de assalariamento em práticas institucionalizadas, têm seu trabalho atrelado e dependente de outras profissões, seja em relação ao cuidado do usuário, seja dos profissionais de meios diagnósticos.

Neste sentido a autonomia pode ser também relativizada para a profissão de enfermeiro. É consensual que o papel do profissional de enfermagem vem adquirindo mais visibilidade no sistema de saúde brasileiro: o enfermeiro, na atualidade, amplia seu leque de atuação com várias vertentes – na assistência, na gerência, na academia (pesquisa e ensino). Pode-se arriscar, ainda, a afirmar que os padrões de autonomia da profissão vêm se alterando nas últimas décadas. Nos anos oitenta, poucos enfermeiros ocupavam posições de direção com autonomia de decisão nas diferentes esferas governamentais, salvo as chefias específicas de enfermagem, e poucas eram as iniciativas de clínicas independentes de enfermagem. (Conselho Federal de Enfermagem - COFEN/Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN, 1985).

Discutir-se-á nos próximos tópicos, de maneira sucinta, a inserção do enfermeiro no processo de trabalho em saúde, ressaltando algumas peculiaridades deste setor, trazendo, na seqüência, destaques para a análise do trabalho do enfermeiro no cenário internacional.

3.2 O enfermeiro no processo de trabalho em saúde

O trabalho em saúde obedece às regras universais do setor serviço, com algumas peculiaridades: a primeira questão é a divisão técnica do trabalho. O modelo taylorista – fordista de produção fracionou o trabalho em tarefas parciais, geralmente mecanizadas. Na saúde não se deu diferente. Imaginemos o trabalho da enfermagem em uma enfermaria. Poderemos observar que o trabalho de enfermagem é dividido entre diferentes profissionais com inserção e capacitação diferenciada – Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem – sem esquecer que, em alguns serviços, temos o atendente sem nenhuma qualificação formal. De acordo com as estatísticas do COFEN (2006) a força de trabalho de enfermagem abriga um conjunto de 875.545 de profissionais ativos[19].

Observa-se, ainda, tomando o hospital como exemplo, que o trabalho também é dividido horizontalmente entre vários profissionais: médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros mais. Então temos um trabalho coletivo e em cooperação.

É consensual que a base técnica do trabalho em saúde vem sendo ampliada com o acelerado ritmo de incorporação tecnológica, tornando o setor consumidor privilegiado da indústria de equipamentos e medicamentos. Por outro lado, outra característica importante do setor saúde é ser intensivo de mão de obra, ou seja, a incorporação tecnológica não substitui força de trabalho, pelo contrário, como já referido, amplia a base técnica e demanda novas ocupações[20].

---

[19] Os enfermeiros representam 13,3%, os técnicos somam 26% os auxiliares de enfermagem 57,7% e os atendentes registrados no conselho, hoje, são 3% da força de trabalho de enfermagem.

[20] Se tomarmos o exemplo do banco, também do setor serviço, podemos perceber que, de forma diferenciada, a incorporação de tecnologia substitui o trabalho das pessoas, vide a inovação dos caixas eletrônicos.

Assim, o trabalho em serviços de saúde não só depende do trabalho humano, mas depende também de qualificação da força de trabalho, visto que o oferecido e consumido é a utilidade do trabalho. No entanto, a necessidade de novas competências e a criação de novas ocupações e especializações enfrenta interesses corporativos, tanto por parte das corporações mais organizadas como do sistema educacional. Isto afeta não só a velocidade, mas também, a qualidade e a institucionalidade da incorporação desses novos perfis profissionais (PIERANTONI, 2001).

Por outra via, a área da saúde tem experiência acumulada em formas de terceirização do trabalho em atividades-meio não relacionadas com a prestação direta de serviços. Assim, atividades relacionadas à conservação e manutenção têm sido tradicionalmente executadas por empresas especializadas e contratadas (limpeza, segurança, manutenção de equipamentos e lavanderia). Na área de alimentação também tem sido utilizada a terceirização sob diversas modalidades, sendo mais comum à relativa ao preparo e à disponibilização de alimentos.

De acordo com Pierantoni (2001), particularmente a partir de meados da década de 90, a terceirização vem sendo impulsionada por:

- Necessidade de contratação para suprir força de trabalho frente a programas de reestruturação/conversão do modelo assistencial, como o programa de agentes comunitários de saúde e o programa de saúde da família, por exemplo;
- Expansão ou reposição na rede assistencial local (especialmente na esfera municipal) em face da não contratação pelo setor público federal e mesmo estadual;

- Limitações da legislação[21], relativas ao teto de gastos referentes a pagamento com pessoal diretamente contratado, entre outras.

Tais contratações têm sido objeto de polêmica relacionada com os aspectos legais envolvidos e muitas delas, no setor público de saúde, têm ocorrido na fronteira da legalidade. Os gestores do SUS vêm praticando uma série de formas de terceirização do trabalho, realizando contratações de serviços de atividades típicas da área de saúde utilizando: instituições privadas com diversas formas jurídicas (ex.: associações de moradores que contratam os agentes comunitários de saúde para trabalharem no Programa de Saúde da Família - PSF); fundações que contratam profissionais individualizados ou equipes; clubes de serviços para gerenciarem unidades públicas de saúde; órgãos internacionais de cooperação para atividades de assessoria nas três esferas de governo e cooperativas de trabalho, entre outras[22e23].

Essas modalidades variadas de contratação podem servir para mascarar a emergência de novas ocupações/especializações, como também as estatísticas referentes ao contingente de trabalhadores vinculados ao setor.

No que se refere à atuação do amplo campo da enfermagem, algumas questões precisam ser destacadas. Pode-se observar um aumento da qualificação formal dos trabalhadores de enfermagem em função das políticas governamentais de profissionalização e até mesmo pela pressão dos órgãos reguladores da profissão. Entretanto, a análise recente, tendo como pano de fundo as

[21] O setor público é regido por lei que associa as despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações federais, estaduais e municipais, limitando o gasto a até 60% da receita para estados e municípios e em 50% da receita líquida federal, o que limita a autonomia das instituições públicas para contratação direta de pessoal.

[22] Em 1998 a aprovação da emenda da Reforma Administrativa pelo Senado Federal determinou a flexibilização da estabilidade do funcionário público, estabelecendo condições para dispensa; o fim da obrigatoriedade do Regime Jurídico Único (RJU) podendo ser admitidos servidores por diferentes regimes trabalhistas e remunerações; critérios para a remuneração com definição de tetos, subtetos e retirada da palavra isonomia; descentralização que possibilita a transferência de servidores e bens públicos entre entidades da administração apontando a possibilidade de formação de consórcios para a prestação de serviços públicos.

[23] A legislação para formalização dessas formas de contratação é dispersa e está contida na Lei 8666/93, na Lei 8745/93 e no Decreto 2271/97.

transformações do mundo do trabalho e, um olhar específico sobre a dinâmica dessas transformações no segmento da enfermagem, remetem a estudos mais específicos sobre o tema.

3.3 O trabalho do enfermeiro no cenário internacional

O processo de internacionalização das economias intensificou-se no final do século passado, sendo o fenômeno denominado de globalização. Tal processo foi especialmente influenciado pelos avanços tecnológicos da automação e da microinformática, que possibilitaram a comunicação global e a flexibilização da produção.

Contrariando o ufanismo de melhoria na repartição das riquezas e de um mundo mais homogêneo, a globalização econômica acirrou a assimetria entre os países, elevando os patamares de pobreza de um conjunto majoritário de nações, que concentram dois terços da população mundial.

Esta globalização contornou uma nova divisão internacional do trabalho, estabelecendo uma concorrência desleal entre países centrais, semi-periféricos e periféricos[24]. As forças do mercado não operam no sentido da igualdade, mas por estímulo a padrões concorrenciais de eficiência definidos pela racionalidade do modelo econômico capitalista. Este movimento reforça uma disponibilidade de postos de trabalho menos qualificados e mais mal remunerados nos países pobres (POCHMANN, 2002).

O planejamento e o gerenciamento dos recursos humanos da saúde configuram-se pontos nodais para o equacionamento dos profundos problemas associados à pobreza de um número crescente de países com alto grau de

[24]POCHMANN (2002) adota este enfoque teórico para divisão da economia mundial, bem como apresenta a listagem dos países de cada grupamento. A título de exemplo considera países do centro capitalista: Áustria, Japão, Holanda, Estados Unidos, Inglaterra entre outros. Países semi periféricos: Austrália, Turquia, Portugal, Rússia, Brasil, Coréia, África Sul entre outros. Países periféricos: Zaire, Nigéria, Marrocos, Jamaica, Barbados, Indonésia, Peru, República Dominicana entre outros.

endividamento e com baixa capacidade institucional, particularmente para implementação da política setorial.

O cenário internacional aponta uma série de desafios no que se refere às questões de RH. Alguns já se acumulam ao longo dos anos, com destaque para a baixa remuneração e motivação das equipes de saúde, para a iniqüidade distributiva da força de trabalho, e para o desempenho e *accountability* insatisfatórios dos profissionais. Somam-se também desafios emergentes, como a migração entre países, baixa capacidade de preparação e fixação de recursos humanos e o impacto da epidemia do HIV/AIDS na força de trabalho da saúde[25], resultando em absenteísmo e sobrecarga de trabalho (MARTINEZ; MARTINEAU, 2002).

O relatório da Joint Learning Initiative - JLI, sobre recursos humanos em saúde no mundo cita além das questões já referidas (a devastação pela AIDS e a migração entre países) o legado de um baixo investimento crônico em recursos humanos. Tal legado pode ser traduzido, em duas décadas de diminuição de despesas com reformas econômica e setorial, por congelamento de salários e paralisação do recrutamento de pessoal, baixo investimento público e toda a sorte de diminuição das condições de trabalho por falta de suprimentos e medicamentos básicos e outras retrações de facilidades inerentes ao trabalho em saúde (JLI, 2004).

O estudo empírico desenvolvido pela JLI aponta uma estreita relação entre a concentração de recursos humanos e os níveis de mortalidade e de expectativa de vida. O estudo tomou as Metas de Desenvolvimento do Milênio (cobertura vacinal por sarampo e assistência ao nascimento) e estabeleceu que uma densidade de 2,5 trabalhadores de saúde por 1.000 habitantes pode ser considerada

[25] Dados da Organização Internacional do Trabalho apontam que na maioria dos países da África subsaariana entre 18% e 41% da mão de obra está infectada com HIV-1 (NARASIMHAN et al 2005).

um limite mínimo necessário para atingir a cobertura adequada. Estima-se que 75 países no mundo, que concentram 2,5 bilhões de pessoas, estão abaixo deste mínimo preconizado (JLI, 2004).

A Enfermagem é uma categoria profissional crítica, especialmente nos países periféricos e subdesenvolvidos. Tal situação vem se agravando, tanto no que se refere a elementos quantitativos (em geral, uma situação deficitária ou com tendência decrescente da disponibilidade de pessoal), como a elementos qualitativos referidos ao desenvolvimento de competências laborais, oportunidades de qualificação para o exercício profissional e as deficientes condições de trabalho, entre outras características**.**

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), o panorama é marcado pela falta de enfermeiros e por desequilíbrios na sua distribuição entre as várias regiões do globo e, em certos casos, pela sub-utilização dos profissionais disponíveis.

Os processos históricos de profissionalização da categoria são diferentes entre os diversos países, alcançando, em alguns, um significativo grau de autonomia e valorização social, ao passo que em outros apresentam reduzido *status* técnico e reconhecimento econômico e social. Ademais, o grau de qualificação para o exercício profissional também é diversificado, variando de um país para outro, com reconhecimento de categorias de nível médio de escolarização e de nível superior.

Na atualidade, a enfermagem tem ocupado posição de destaque na agenda internacional, dada a redução dos efetivos em países centrais, particularmente no Canadá[26], Reino Unido[27] e Estados Unidos[28]. As deficiências

[26] O Canadá enfrentará, nos próximos 15 anos, uma redução de cerca de 50% dos enfermeiros atualmente no ativo sendo previsível que em 2016 tenha 113.000 vagas por ocupar (BUCHAN, 2005)

[27] Na atualidade o Reino Unido necessita de 22 mil enfermeiros para suprir as necessidades dos serviços de saúde (BUCHAN, 2005)

destes países vêm sendo supridas cada vez mais com profissionais do mundo em desenvolvimento.

Organizações de enfermagem de 69 países, geograficamente dispersos por todo o mundo, reportaram falta de enfermeiros e 33 países, da Oceania, África, e América Central assinalam como preocupante ou extremamente preocupante a emigração de enfermeiros em direção a países mais ricos segundo dados da Ordem dos Enfermeiros de Portugal no ano de 2003.

A migração internacional não é um fenômeno recente, já sendo relatado no final do século XIX e início do século XX, em que europeus buscavam melhores condições de trabalho na América, e em meados do século passado fugindo da guerra e de suas conseqüências. Entretanto, esse fenômeno se torna mais crescente e complexo com a internacionalização da economia (VIEIRA, 1998).

O processo migratório de recursos humanos em saúde já vinha sendo relatado na década de 90. A *Division de Recursos Humanos da OPAS/Argentina* apontou, em 1991, que cerca de 2.000 enfermeiros (em três anos) haviam abandonado o país atraídos pela oferta de melhores salários em outros países – entre eles, Estados Unidos, Espanha, Itália e Austrália. (ABRAMZÓN,1995).

As correntes migratórias, entretanto, não ocorrem tão somente de países em desenvolvimento para países centrais, mas tendem também de zonas rurais para centros urbanos. A oferta de postos de trabalho mais atrativos e mais bem remunerados tem sido apontada como elemento especialmente motivador destes movimentos. O baixo desenvolvimento econômico, as deficiências nas condições de

[28] Nos EUA,atualmente, são registradas 126.000 vagas para enfermeiros, o que corresponde 12 % da procura total de mão-de-obra no país. Para agravar ainda mais este quadro, os enfermeiros americanos em atividade estão envelhecendo. Apenas 10% têm menos de 30 anos de idade, situando-se a idade média destes profissionais em torno de 50 anos. Simultaneamente, desde 1995, não só o ingresso de alunos nos cursos de enfermagem caiu entre 4 e 6%, como o número de candidatos que realizaram com sucesso os exames que permitem o acesso ao exercício da profissão decresceu 23%.(BUCHAN, 2005)

vida e as poucas oportunidades de desenvolvimento profissional são elementos que se agregam como causa da evasão dos profissionais de países e áreas de pouco desenvolvimento.

Portes (1997) categoriza em três níveis os fatores determinantes de processos migratórios: no nível primário ou internacional, no secundário ou estrutural interno e no terciário ou individual. De acordo com o autor, situam-se no nível primário aqueles relacionados às diferenças sócio-econômicas entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, e podem ser observados pelas vantagens oferecidas pelos primeiros no que diz respeito ao acesso a melhores oportunidades salariais e de condições de vida. Os fatores secundários estão determinados pelo desequilíbrio nos países de origem dos migrantes entre a oferta de profissionais e a capacidade de absorção pelo sistema de saúde local, o que não significa necessariamente um superávit de recursos humanos qualificados, mas aponta também, para as limitações dos sistemas produtivos para empregá-los. Constituem os fatores do terceiro nível ou individual aqueles ligados à idade, ao estado civil, às responsabilidades familiares e às oportunidades de desenvolvimento profissional e de remunerações atraentes.

Os fatores que influenciam os movimentos migratórios estão fora do controle dos responsáveis pelas políticas do setor saúde. É consensual que os fatores ligados às perspectivas de emprego se constituem como uma das questões centrais que influenciam os profissionais de saúde na tomada de decisão em relação à migração. Neste sentido, a opção mais usual para fixação de profissionais em países fornecedores de mão de obra se baseia em políticas de elevação dos níveis salariais. Entretanto, não há evidências sobre a probabilidade de sucesso destas iniciativas, em função da complexidade dos determinantes destes processos.

O fato é que as diferenças salariais observadas entre os países “exportadores” e os “receptores” apresentam variações significativas. O salário pago aos enfermeiros na Austrália e no Canadá é cerca de 25 vezes maior ao de Zâmbia, 14 vezes maior que o de Gana e o dobro do verificado na África do Sul (VUJICIC, 2003).

Ao se considerar a migração internacional, além de questões situadas no campo dos direitos (trabalhistas e humanos) dos profissionais que emigram de seus países, deve-se ter em conta como preocupação coletiva a saúde da população dos países exportadores de mão de obra. O fluxo de saída de profissionais de saúde pode afetar de forma adversa o sistema de saúde e, conseqüentemente, a saúde da população.

A emigração de profissionais de saúde dos países em desenvolvimento tem se tornado, cada vez mais, um problema que assume dimensões alarmantes, uma vez que, por um lado, esses países já contam com estoques reduzidos de profissionais e, por outro, detêm baixa capacidade institucional para promover a preparação de efetivos que possam suprir as demandas domésticas. Casos exemplares podem ser observados: o Zimbabwe, em 2001, registrou a saída do equivalente a 64,2% dos graduados neste ano, só para o Reino Unido[29], enquanto esta proporção foi 5,2% em 1997; nas Filipinas, no ano de 1996, cerca de 4500 enfermeiros deixaram o país, e em 2001 este quantitativo triplicou. Por outra via, no ano de 2002, dos 16.000 novos registros de enfermeiros no Reino Unido mais de 50% eram de estrangeiros. (VUJICIC, 2003).

[29] Não existem registros de quantos migraram para outros países.

Agências privadas de recrutamento de recursos humanos em saúde[30], que cobram honorários pelos seus serviços, vêm intervindo nas migrações internacionais utilizando-se, em muitas das vezes, de dispositivos éticos duvidosos. A preocupação com a migração internacional tem levado grupos como a Commonwelath Secretariat[31] a desenvolver movimentos que promovam práticas éticas para o recrutamento internacional.

Os países fronteiriços, e com acordos de livre comércio e de serviço, também têm vivenciado o fluxo migratório. Os enfermeiros espanhóis estão buscando oportunidades de trabalho em Portugal. A principal explicação para este fluxo é o mercado de trabalho, que se apresenta com restrição de postos de trabalho na Espanha, e a baixa oferta de enfermeiros e a demanda no mercado de trabalho em Portugal. Outras condições também influenciam o movimento migratório, como as geopolíticas, culturais e lingüísticas, bem como a equivalência no nível de formação e ensino nos dois países.

Como nas demais situações relatadas, a imigração de enfermeiros espanhóis em Portugal se mostrou mais acentuada a partir de 2000, onde foram registrados 350 enfermeiros espanhóis. O fluxo intensificou-se rapidamente passando para 740 em 2001 e 1.537 em 2002, quase que duplicando a cada ano. O ano de 2003 terminou, segundo dados de 2004 da Ordem dos Enfermeiros de Portugal, com 1.801 registros de enfermeiros espanhóis no país.

Estudos realizados em Portugal mostram que os enfermeiros espanhóis que ali estão são jovens, predominando a faixa etária abaixo dos 30 anos (85,5%);

[30] No Brasil já existem agências oferecendo 126 mil vagas de trabalho para enfermeiros nos EUA. Tais agências estão oferecendo cursos preparatórios para enfermeiros e estudantes de enfermagem de 5º período e garantem salários de até US$ 40,000.00 anual e Greencard extensivo à família

[31] Ver em Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers, Adopted at the Pre-WHA Meeting of Commonwealth Health Ministers 2003, Geneva on Sunday 18 May 2003

majoritariamente do gênero feminino (69,9%) e buscam as instituições portuguesas como acesso ao primeiro emprego e para adquirir experiência profissional.

Na América do Sul, com o aprofundamento das relações de livre comércio e de serviço dos países do MERCOSUL, o fluxo migratório entre países deverá ser intensificado e demandará estudos e acordos, tanto no que diz respeito aos impactos nos mercados de trabalho nacionais, como no estabelecimento de compatibilização dos níveis educacionais e de formação entre países. Ademais, não se dispõe de informações atualizadas[32] dos outros países, o que deixa uma série de questões ainda em aberto.

Dados apresentados em documento produzido pela OPAS[33](2005) mostram que mais de 100 enfermeiros da Costa Rica emigraram para os Estados Unidos nos últimos anos; Honduras refere mais de 50 enfermeiras emigrando para outros países; na Nicarágua mais de 150 enfermeiros saíram do país sendo, 87 no ano de 2004; mais de 2000 enfermeiras deixaram o Panamá na década de 80 e o mesmo número saiu de Porto Rico em 2003 para buscar trabalho nos EUA. Cuba apresenta uma situação peculiar, pois tem 528 enfermeiros em outros 34 países, mas em programas de cooperação técnica internacional. Outros países da América referem migração de enfermeiros, mas as informações são dispersas e não estão sistematizadas.

O estudo de fluxos migratórios, no cenário internacional, para a análise dos impactos decorrentes da emigração e da imigração de profissionais de saúde nos diversos países envolvidos, exige o desenvolvimento de estratégias para o registro e disponibilização de informações sobre recursos humanos em saúde. Tais

[32] Vieira, 1998, apresenta informações sobre a força de trabalho de enfermagem de Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai de 1992, 1993 e 1994.
[33] Ver mais informações em Panorama de la Fuerza de trabajo em enfermería em América Latina Serie Desarrollo de Recursos Humanos nº 39 Washington, DC, 2005

informações se encontram dispersas e dependem da capacidade institucional setorial dos diferentes países, que apresentam grau de variação e de vulnerabilidade bastante diverso.

Relatório encomendado pela International Council of Nurses, em 2005, aponta como recomendações para o desenvolvimento de soluções sustentáveis para os problemas decorrentes da migração internacional de enfermeiros:

- Uma lacuna crucial é a ausência de dados precisos dos fluxos de internacionais de migração de enfermeiros; este é um constrangimento em qualquer processo de monitoramento efetivo, e também um limitante para que se desenvolva expertise para avaliação de impacto. *Stakeholders,* em nível nacional, e agências internacionais necessitam estabelecer acordos de colaboração para desenvolvimento de instrumentos para melhorar o sistema de monitoramento do fluxo internacional de enfermeiros e de outros trabalhadores de saúde.
- A posição de muitos países em desenvolvimento, que são fontes internacionais de trabalhadores de enfermagem, é debilitada por dados de mão-de-obra inadequados e baixa capacidade de planejamento. Há dificuldade de avaliar o quanto é "problema" o fluxo para outros países em comparação ao número de enfermeiros subempregados e desempregados dentro do país. Estes países têm que avaliar tais questões e melhorar seus sistemas de planejamento, dando mais atenção a políticas para encorajar e apoiar os que estão fora do mercado a retornarem ao trabalho.
- O impacto global da saída de enfermeiras dos países fonte, seja em termos de seu efeito na organização do sistema de saúde, seja na

implicação com o restante do pessoal, requer avaliação mais sistemática. Para isso fazem-se necessárias mais pesquisas de avaliação para informar *stakeholders* nacionais e agências internacionais do verdadeiro impacto e custo (e/ou benefícios) da migração de enfermeiros.

- Relativamente pouco se sabe sobre as experiências de enfermeiros migrantes que trabalham agora nos países de destino, em termos de seu perfil e carreira futura planejada (inclusive probabilidade de retorno para países de origem ou possibilidade de movimento para outros países), e seu tratamento em relação aos enfermeiros locais. São requeridas estruturas e serviços para proteger enfermeiros migrantes de exploração e de abuso, promovendo seu bem estar geral e sua integração, bem como identificando suas necessidades. Pesquisa e avaliação são requeridas para destacar boas práticas e desencorajar práticas indesejáveis no tratamento de enfermeiros migrantes.
- As questões de gênero em relação à migração de enfermeiros são consideradas como um fator importante; há necessidade de que os países doadores apóiem e fortaleçam associações/organizações profissionais de enfermagem nos países de origem, de forma que a posição da enfermagem possa ser promovida através de uma advocacia mais forte.
- Faz-se relevante às questões de “como” ou “se” "administra" a migração, remetendo para investigações mais sistemáticas, que estabeleçam modelos de migração administrada. As várias políticas e modelos de migração administrada (acordo bilateral, códigos éticos, esquemas de retorno de migrantes e possíveis modelos de "treinando

para exportação") exigem exame e avaliação, de forma a apoiar uma aproximação mais efetiva entre recrutamento internacional e o nível nacional e internacional de enfermagem aceitável.

A tentativa de apontar vantagens e desvantagens da migração teria, necessariamente, que ser equilibrada entre o enfoque do profissional que busca melhores condições de emprego, trabalho e condições vida, e o ponto de vista dos países fontes e recebedores. Os países que sofrem com a emigração, enfrentam a desestruturação de seus sistemas de saúde, com a fuga de cérebros e perdas dos investimentos financeiros no desenvolvimento de recursos humanos. Para os recebedores, a perspectiva de utilizar mão de obra estrangeira soluciona o déficit local. Tais países, com base econômica mais sólida, representam melhores perspectivas de vida e de trabalho para profissionais com poucas alternativas em seus países de origem.

3.3.1 O trabalho dos enfermeiros na Austrália – alguns aspectos de um país receptor de enfermeiros[34]

De acordo com a New Soulth Wales-NSW Health Department Nursing and Midwifery Office (2000), a Austrália conta com cerca de 100 mil enfermeiros. Em NSW, a força de trabalho de enfermagem constitui-se como um dos maiores contingentes de trabalhadores do sistema de saúde, com aproximadamente 40.000 enfermeiros empregados apenas no sistema público de saúde. Junto com os enfermeiros empregados nos setores Privado, Comunitário e de Cuidado a Idosos, constituem o maior percentual da força de trabalho dos serviços de saúde e da comunidade. A enfermagem presta serviços accessíveis 24 horas por dia, durante todo o ano. O recrutamento e a fixação de enfermeiros continuam a ser uma grande prioridade do Governo do NSW, que atualmente, vem adotando estratégias com esta finalidade. Os enfermeiros, como todos os demais trabalhadores, são influenciados pelas escolhas de estilo de vida e vem demandando mais acesso a turnos de trabalho parcial, para que possam equilibrar suas vidas entre a família, estudo e outras atividades sociais. Isso se constitui em significativos desafios para os gestores do sistema de saúde, que são exigidos a providenciar equipes para prover os serviços de saúde nas 24 horas do dia e em toda a semana (NSW, M. H., 2000).

Reconhece-se, também que várias das questões que impactam no recrutamento e na fixação são de natureza social e não específicas da força de trabalho. A maioria dos enfermeiros é do sexo feminino, muitas das quais se afastam do mercado de trabalho em saúde por períodos variáveis, para criar seus filhos e

[34] A escolha da Austrália se deu pela possibilidade de visita ao país. Os dados foram obtidos em visita ao Órgão responsável pelo registro dos profissionais de saúde.

gerir outras responsabilidades familiares. A qualificação dos enfermeiros oferece mobilidade (tanto interestadual quanto internacionalmente) facilitando viagens e afetando o fluxo de trabalhadores no mercado. A Austrália é um país carente de mão de obra em todas as áreas, acarretando, assim, uma crescente "competição" entre muitas ocupações no recrutamento de recém-graduados e pós-graduados em enfermagem, que verificam que sua qualificação oferece outras oportunidades de trabalho fora da enfermagem. Todos os outros estados australianos vêm encarando questões similares relativas à sua força de trabalho em enfermagem, bem como muitos sistemas de saúde internacionais. O desafio é como enfrentar tais questões de forma a atrair os enfermeiros para continuarem dando sua contribuição profissional para o sistema de saúde. (NSW, M. H, 2000)

Um estudo realizado em 2000 sobre a força de trabalho de enfermagem, mostra que NSW conta com 57.035 enfermeiros (entre EN e RN[35]) e concentra parte expressiva das enfermeiras que trabalham na Austrália. As RN representam 82,9% deste contingente. Nos dois grupamentos são predominantes os profissionais do sexo feminino 91,25% e 55,8% estão na faixa de 20 a 44 anos. O estudo aponta uma tendência ao envelhecimento da força de trabalho.

No emprego considerado principal, 74,4% das enfermeiras trabalham no setor público e 82,9% em emprego permanente. Já quando investigado sobre o segundo emprego; 51,3% estão no setor privado e 80,8% referiram o segundo emprego como temporário ou casual. Cabe ressaltar que apenas 10,5% dos enfermeiros pesquisados declaram um segundo emprego. Em relação à localização geográfica, 73,5% trabalham em áreas metropolitanas e 25,6% nas áreas rurais.

[35] A enfermagem na Austrália é constituída por três categorias de profissionais: as Enrolled Nurse (EN) com formação técnica de 1 ano; as Registred Nurse (RN) com formação universitária de três anos e Midwives, com especialização em obstetrícia.

Este percentual se modifica um pouco no segundo emprego, aumentando a concentração nas áreas metropolitanas (76,7%).

De acordo com a pesquisa as áreas de atividade dos trabalhadores de enfermagem se mostram assim distribuídas: 36,7% trabalham em clínica médica; 17,1% em clínica cirúrgica e cirurgia; 5,8% em *mix* médico-cirúrgica; 1,8% em meios diagnósticos; 9,0% em emergência e cuidados críticos; 6,8% em saúde mental; 7,8% em obstetrícia; 14,9% em outras áreas. Neste último grupo observa-se que 3,2% trabalham com enfermagem geral e comunitária e 0,1% em serviços de saúde aborígine. Esta distribuição praticamente não se altera quando considerado o segundo emprego.

Em relação ao número de horas trabalhadas por semana no emprego principal, destacamos que 24,1% situam-se na faixa de 35 a 39 horas semanais; 23,7% na de 40 a 44 horas por semana e 22,5% entre 20 e 29 horas na semana. Já no segundo emprego, 53,9% trabalham até 9 horas e 33,6% de 10 a 19 horas semanais.

O estudo identificou o país de nascimento das RN e observa-se que 25% são estrangeiros oriundos principalmente do Reino Unido (8,6%) e da Ásia (8,1%). Já entre as EN, 82,5% são de origem australiana, e o maior percentual de estrangeiros é originário do Reino Unido.

Os dados apresentados sobre a classificação do principal emprego das RN mostram que a maioria trabalha como enfermeiro clínico e que apenas 2,6% trabalham na educação e 0,5% em pesquisa.

Outro estudo, desenvolvido pelo NSW Health Department (2000) sobre a estrutura dos serviços de Obstetrícia, aponta uma falta de informação sobre as enfermeiras parteiras (midwives), pois não existem dados disponíveis, o que dificulta

o desenvolvimento de metodologias de planejamento. Entretanto, as informações disponíveis mostram uma baixa provisão de parteiras qualificadas para uma alta demanda de postos de trabalho que efetivam constantemente o recrutamento. Este problema foi identificado em nível nacional e em particular no estado de NSW.

De fato o país vem desenvolvendo mecanismos de reintegração à força de trabalho em saúde de um quantitativo expressivo de enfermeiros com qualificação, que saíram do mercado de trabalho. Dados de 1998 apontam que cerca de 35 mil enfermeiros mantêm seus registros ativos, mas não desempenham atividades nos serviços de saúde.

Foi feita uma pesquisa (2000), por levantamento postal, com 31.117 enfermeiros identificados na época como não exercendo atividades de enfermagem. Foram também realizadas entrevistas telefônicas para enriquecer os dados do levantamento. Das 10.089 respostas, um total de 3253 enfermeiros indicou que poderiam considerar a possibilidade de retorno à enfermagem. O perfil desses 3253 enfermeiros incluiu: faixa etária de 34 a 45 anos (média de 40 anos); especialidades preferidas: cirurgia, trabalho de parteira (midwifery) e cuidados críticos; 50% tem filhos com menos de 12 anos de idade; 63% querem trabalhar apenas de segunda a sexta-feira, sem trabalho em turnos. Os motivos mais comumente citados pelos enfermeiros que participaram da pesquisa para não trabalharem em enfermagem no NSW incluem: responsabilidades familiares; necessidade de trabalho em turnos; necessidade de re-treinamento; escolhas de estilo de vida; razões de saúde / lesões ocupacionais. Isso nos mostra que os enfermeiros consideram com seriedade a dualidade de suas responsabilidades entre família e carreira, e que eles querem acesso ao aprofundamento de sua educação profissional. Apontam também que

parte significativa do trabalho que exercem demanda esforços físicos, o que tem implicações sobre sua própria saúde e bem estar.

O fato é que na Austrália, um país de pleno emprego, a dificuldade de fixar a mão de obra de enfermagem é maior, e os governantes vêm buscando adotar medidas que sejam atrativas para este conjunto de profissionais.

3.4 Os enfermeiros na Classificação Brasileira de Ocupações

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é um documento que reconhece, nomeia e codifica títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Este instrumento normatizador teve, inicialmente, como base, o Cadastro Brasileiro de Ocupações[36], do Ministério do Trabalho e Emprego (M.T.E.), e a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO) da Organização Internacional do Trabalho. Só em 1975 foi apresentado o primeiro projeto da estrutura da CBO, e, no final de 1977, a publicação do documento[37], como resultado de um convênio assinado entre o Brasil e as Nações Unidas em 1972.

A CBO tem como função servir, tanto como instrumento básico de informação para indicar a conformação do mercado de trabalho, como para definição e execução de políticas e programas de equilíbrio deste mercado. Assim, a CBO destina-se: ao desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre mercado de trabalho (surgimento e desaparecimento de ocupações) e de políticas de emprego e de formação profissional (reconversões e requalificações ocupacionais); à orientação para definição e investimentos tecnológicos; e a ser utilizada como base informativa para os censos demográficos.

A CBO é, também, uma valiosa ferramenta de trabalho para a definição de propostas curriculares a serem adotadas pelas instituições de formação profissional, articulando as demandas do trabalho aos projetos educacionais. Enfim, consiste em uma fonte de informações sobre todas as ocupações existentes no mercado de trabalho brasileiro, cuja finalidade é servir como referencial para as políticas de emprego e de formação profissional, bem como para orientar os planos

[36] Elaborado pelo Ministério do Trabalho em 1971 com a descrição de 503 ocupações extraídas de 103 planos de cargos enviados ao MT. (Brasil, MT, CBO/94, 2000).
[37] Através da Portaria nº. 3.654 de 24/11 e publicada no Diário Oficial de 30/11/77.

de cargos e salários, os estudos ocupacionais, os censos demográficos, as estatísticas de mercado e para orientação de investimentos.

As ocupações da saúde estão dispostas em dois grandes grupos: o dos profissionais das ciências e das artes, que abrange os profissionais de formação superior, e o dos técnicos de nível médio, para os profissionais de ensino fundamental e médio. Encontra-se, ainda, outros trabalhadores de saúde dispersos no grande grupo de trabalhadores dos serviços, como vendedores de comércio em lojas e mercados, cozinheiros de hospitais, motoristas de ambulância e outros. Considerando exclusivamente os profissionais da saúde, constatamos que o total das ocupações em saúde representa aproximadamente 6% do total das 3.000 ocupações relacionadas na CBO 2002[38].

Comparando a CBO/1994 com a de 2002, em relação aos títulos de ocupação de três grupos de base ou famílias ocupacionais (médicos, enfermeiros e odontólogos), observa-se que em todos houve um aumento de títulos, acompanhando a tendência global verificada na CBO/2002, onde as ocupações cresceram próximo de 20% em relação à CBO/1994. Para os enfermeiros, este crescimento foi de 33,3%, passando de 9 títulos ocupacionais em 1994 para 12 em 2002.

Tomando-se como categoria de análise as especialidades reconhecidas pelo COFEN e comparando-as aos títulos ocupacionais relacionados na CBO/2002, observa-se que as especialidades reconhecidas são quantitativamente bem maiores do que os títulos ocupacionais relacionados no mercado de trabalho (as especialidades reconhecidas são 37, e os títulos ocupacionais 12).

---

[38] A estrutura da CBO 2002 é a seguinte: Grandes Grupos (GG),Subgrupos Principais (SGP),Subgrupos (SG),Grupos de base ou famílias ocupacionais (GB) e Ocupações (O)

Este diferencial pode ser indicativo do não reconhecimento, pelos pares, da ocupação no mundo do trabalho, de algumas especialidades da profissão ou, ainda, da inexistência de fato destes postos no mercado.

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

- Enfermeiro Auditor
- Enfermeiro de Bordo
- Enfermeiro Intensivista
- Enfermeiro Nefrologista
- Enfermeiro Neonatologista
- Enfermeiro de Berçário
- Enfermeiro de Saúde Pública
- Enfermeira Parteira
- Instrumentador Cirúrgico

Em uma análise preliminar, é interessante observar que o instrumentador cirúrgico (historicamente ocupação desempenhada por trabalhadores de nível médio/fundamental, preparados através de treinamento em serviço ou por cursos sem reconhecimento pelo sistema educacional) esteja integrando a família dos enfermeiros. Tal situação pode indicar uma demanda por profissionais mais qualificados para a realização do ato cirúrgico, configurando-se um possível campo de especialização para os enfermeiros. Outra especialidade que chama atenção é o enfermeiro de bordo, estando, entretanto, pouco conclusiva a descrição da ocupação ou o campo específico de atuação desta especialidade.

Comparando–se as ocupações de enfermeiros relacionadas na CBO/2002 com as especialidades reconhecidas pelo COFEN, verifica-se um

expressivo distanciamento entre as prescritas pelo conselho e as referidas pelo mundo do trabalho. A especialização do enfermeiro parece ser ainda pouco aceita no mercado de trabalho, salvo aquelas mais tradicionais. Por outra via, as recomendações das diretrizes curriculares para formação da categoria, apontam para uma tendência contrária à especialização *vis a vis* as recomendações dos fóruns internacionais sobre a concepção de saúde na perspectiva da promoção e da integralidade.

Tabela 4 - Comparativo entre as especialidades de enfermeiros e ocupações da CBO/2002.

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

Fonte: CBO/MT e COFEN

A CBO pode ser considerada um indicador sensível das mudanças que estão se processando no mundo real do trabalho, independente das idealizações e das recomendações adotadas pelas instituições reguladoras ou educacionais. Uma análise preliminar aponta que a Classificação Brasileira de Ocupações lista atividades relacionadas com a área de enfermagem sob, pelo menos, dois

parâmetros: um relacionado com as ações desempenhadas por grupo de ocupações assemelhadas, e outro que discrimina nomenclatura de ocupações/postos de trabalho, refletindo sua existência real no mercado de trabalho.

3.5 Mercado de trabalho do enfermeiro – evolução da oferta

Para compreender a dinâmica e a configuração do mercado de trabalho dos enfermeiros, não basta analisar a oferta de postos de trabalho e as características do emprego. Faz-se necessário conhecer a oferta de mão de obra preparada para a procura de emprego no mercado.

Vale ressaltar que a qualificação do trabalho nas sociedades guarda relação com a possibilidade de acesso dos cidadãos ao sistema educativo, que delineia a formação de determinada profissão.

Atualmente, ao enfermeiro, como em outras profissões da saúde, é exigido concluir um curso de graduação para ser considerado apto para o exercício profissional. Assim, apresentaremos alguns aspectos do mercado educativo, as principais tendências das últimas décadas, estabelecendo um paralelo com a dinâmica do setor saúde.

A primeira iniciativa de que se tem registro, sobre o dados de nível nacional da enfermagem, deve-se à ABEn, que realizou entre 1956 e 1958 um levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil, para atender a uma demanda da Fundação Kellogg, que solicitava informações das escolas de enfermagem do país, bem como de alunos matriculados e diplomados, dentre outras questões (VIEIRA & SILVA, 1994; FERRAZ, 2003)[39].

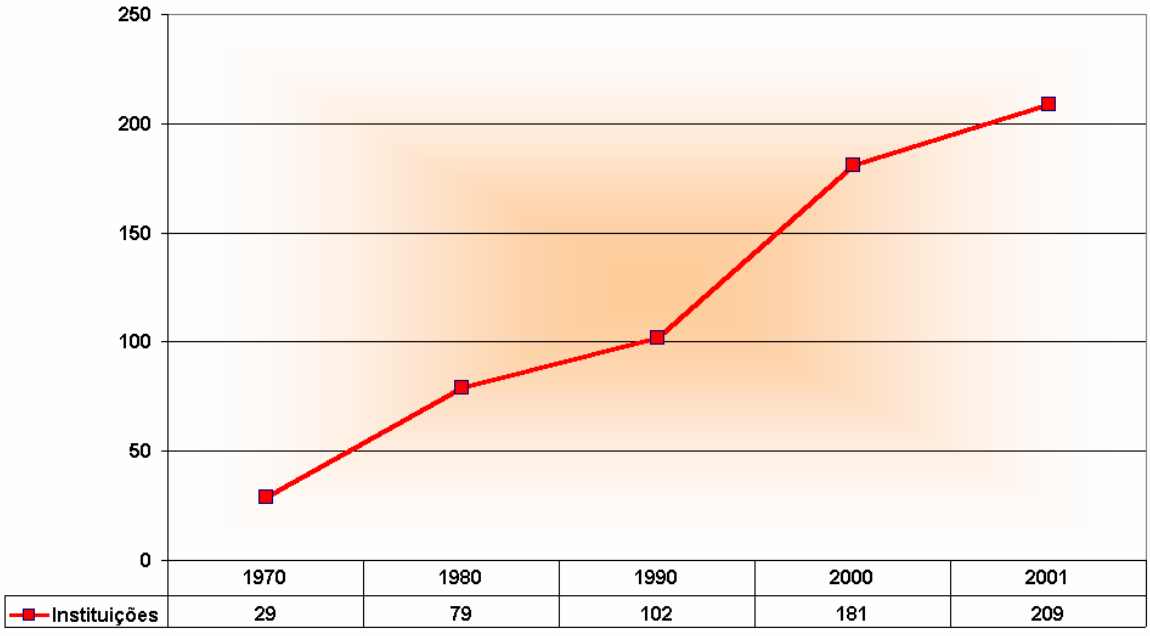
O resultado deste levantamento apontou que, já naquela época, havia uma proliferação desordenada de escolas, sem considerar as necessidades regionais, além de ausência de um órgão controlador e fiscalizador das escolas, de

[39] Tem-se registro de estudo publicado pela ABEn em 1969 sobre a formação de Pessoal de Enfermagem no Brasil. Em 1975, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) divulgou um trabalho intitulado “Desenvolvimento do Ensino Superior de Enfermagem”. Na década de 80, o COFEN e a ABEn realizaram uma pesquisa de campo, publicada em 1985, retratando o Perfil da Força de Trabalho de Enfermagem.

um número reduzido de candidatos para os cursos existentes, de um corpo docente deficiente em quantidade e em qualidade e, por fim, de grande diversidade de currículos de um curso para outro. (CARVALHO, 1976).

A tendência expansionista de cursos e instituições do ensino de enfermagem é percebida a partir da década de 70. O crescimento de escolas era a solução, apontada pelas entidades de enfermagem, para suprir o déficit de enfermeiros no país. Somado a isso havia uma política governamental de expansão de vagas e de acesso da classe média ao ensino superior. Entre 1970 e 1985 houve um crescimento de 210% no quantitativo de instituições de graduação de enfermagem. Em 1990, o número de escolas era de 102, alcançando 181 em 2000.

Gráfico 3 - Instituições de graduação de enfermagem. Brasil, 1970.



Fonte: INEP/ MEC- OBSRHS- IMS/UERJ

Observa-se, entretanto, que o crescimento de instituições de graduação de enfermagem, além de não se manter constante, não teve correspondência na

procura por vagas nos cursos, no número de egressos no decorrer da década de 70 e 80, nem tampouco na configuração da estrutura ocupacional da enfermagem.

A década de 70, onde se alavanca o desenvolvimento do setor médico assistencial privado, deixa como herança para a área de enfermagem uma polarização na assistência entre médicos e atendentes, e um déficit de enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Se, em 1956, os enfermeiros representam 11,3% da força de trabalho em enfermagem, no início da década de 80 este percentual decresce para 8,5%.

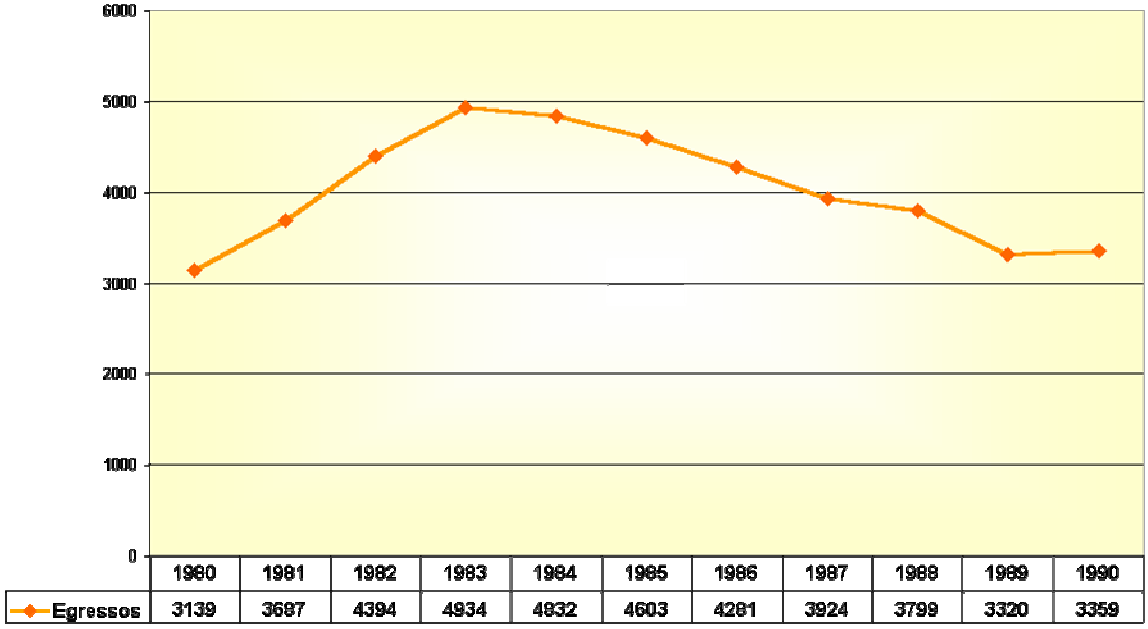
O acesso de estudantes à universidade, nos anos 80, comporta-se com um afunilamento crescente, mostrado pelo aumento da relação candidato/vaga em carreiras como medicina e odontologia. Na enfermagem, ao contrário, essa relação sofre uma redução e estabilização de candidatos para os cursos da área. Algumas análises pouco otimistas apontavam para o risco de extinção da profissão, explicado, por um lado, pela pouca procura e, por outro, pela expressiva evasão (DAL POZ & VARELLA, 1994).

A situação de baixa procura pelos cursos de enfermagem, embora se observasse uma grande empregabilidade nas instituições/serviços de saúde, pode ser vista por situações exemplares: a Escola Paulista de Medicina (hoje denominada Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP), em 1988 reduziu suas vagas de 120 para 80; a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, também em 1988, preencheu apenas 33 vagas das 80 oferecidas, da mesma forma que a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da mesma Universidade, teve apenas 12 vagas preenchidas em 1986 e 33 em 1987. A Universidade do Oeste Paulista (UNIOESTE) não realizou o concurso vestibular para enfermagem em 1988 por falta de

candidatos. Ainda no mesmo ano, a Escola de Enfermagem Anna Nery, no primeiro semestre, preencheu apenas 6 vagas das 60 oferecidas. (MISHIMA, 1998).

Por outra via, o número de egressos de graduação de enfermagem em 1980 era de 3.139, e em 83 chega a 4.934, quando se inicia um declínio acentuado, alcançando em 1990 um quantitativo de 3.359 diplomados.

Gráfico 4 - Egressos da graduação de enfermagem. Brasil, 1980 a 1990.



	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Egressos	3139	3687	4394	4934	4932	4603	4281	3924	3799	3320	3359

Fonte: INEP/ MEC- OBSRHS- IMS/UERJ

A década de 90 registrou um aquecimento no sistema educativo da enfermagem, com uma expressiva expansão de cursos[40] e de vagas para a graduação em enfermagem. Note-se que, na primeira metade dessa década, predominavam cursos de instituições públicas, sendo este percentual em 1991 de 57,5%. Este quadro começa a se inverter em 2000, onde 59,01% dos cursos são oferecidos em instituições de natureza privada.

[40] Cabe lembrar aqui que existe diferença entre o número de cursos e o de instituições, uma vez que a mesma instituição pode oferecer mais de um curso.

O aumento do número de vagas neste período foi atrelado à expansão do setor privado. Em 1991, 51,4% das vagas ofertadas estavam no setor público de ensino. Já em 1994, o setor público, apesar de deter o maior número de escolas, oferece 41,9% das vagas. Em 1999, 68,8% das vagas oferecidas são de instituições privadas. Ressalte-se ainda que este crescimento não foi eqüitativamente distribuído pelas regiões do país. A concentração da oferta de vagas se deu nas regiões sudeste (62,4%) e sul[41] (16,9%) [42] .

A expansão da oferta de vagas foi acompanhada do aumento da relação candidato/vaga, que na década de 80 era em média de 3,5 por vaga e em 1999 chega a 5,7. Cabe ressaltar que o crescimento da rede educacional privada não se refletiu, na década de 90, de forma equivalente, no número de egressos. Neste período, o setor público é o que mais diploma enfermeiros (60,2% em 1995 e 55,7% em 1999). O reflexo da expansão do número de vagas, especialmente do setor privado, será observado na década seguinte.

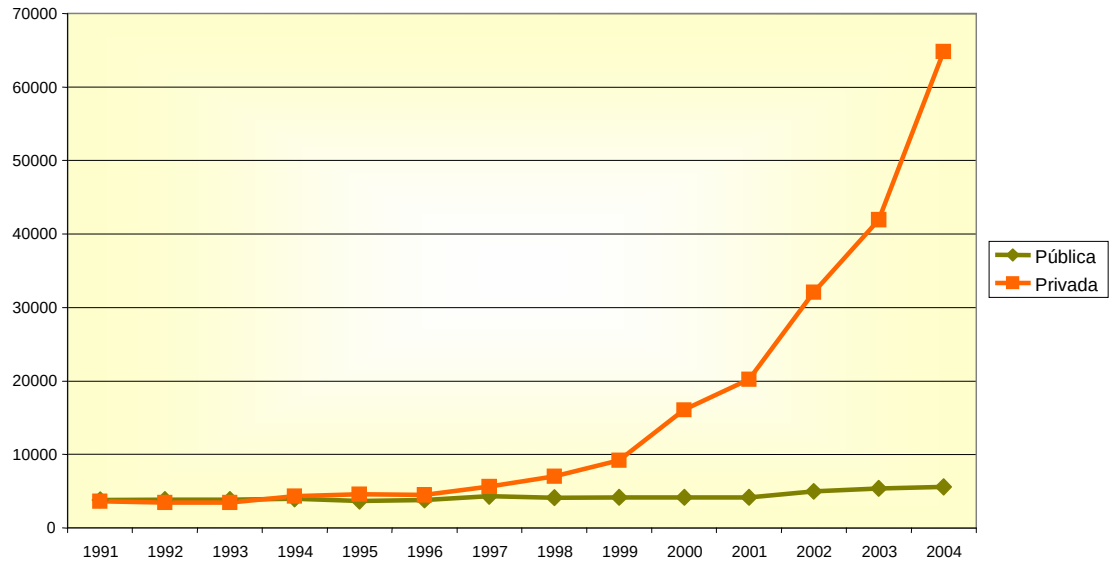
O cenário de crescimento do sistema educativo, com expressiva participação do setor privado e concentrado nas regiões sul e sudeste, pode estar atrelado à implementação do SUS, com expansão de postos de trabalho, principalmente na esfera municipal, e à implantação do PSF, que se tornou uma perspectiva atraente no mercado de trabalho dos enfermeiros. De forma geral, houve um aumento de postos de trabalho em todo o setor saúde na década de 90, na qual o patamar de empregabilidade dos enfermeiros atingiu 92,4% de absorção em 1999. (VIEIRA, 2002).

A tendência observada na década de noventa se intensifica nos anos

[41] A concentração regional observada na oferta se repete na distribuição de profissionais registrados nos seus respectivos Conselhos nas regiões do País. Em 2001 a região Sudeste detinha 49,3% dos enfermeiros registrados no Brasil.
[42] Os percentuais regionais apresentados referem-se ao ano de 1999.

2000. Se, ao final da década de noventa, o crescimento de vagas no setor privado foi bastante expressivo, toma proporções muito maiores a partir do ano 2000. O percentual de crescimento de vagas de enfermagem, entre o último ano da década passada e o primeiro desta, foi de 48,2%. Tal crescimento foi de inteira responsabilidade do setor privado de ensino, que teve uma variação percentual de 69,6% . O número de vagas que, em 2000, girava em torno de 20 mil, chega a 2004 com 70.400 vagas para a graduação de enfermagem. Deste conjunto 92,04% estão em cursos do setor privado de ensino, e 67,2% na região Sudeste. Entre o início dos anos 90 e 2004 o crescimento acumulado de vagas de enfermagem foi de 843,7%.

Gráfico 5 - Vagas de graduação de enfermagem segundo natureza administrativa. Brasil, 1991-2004.



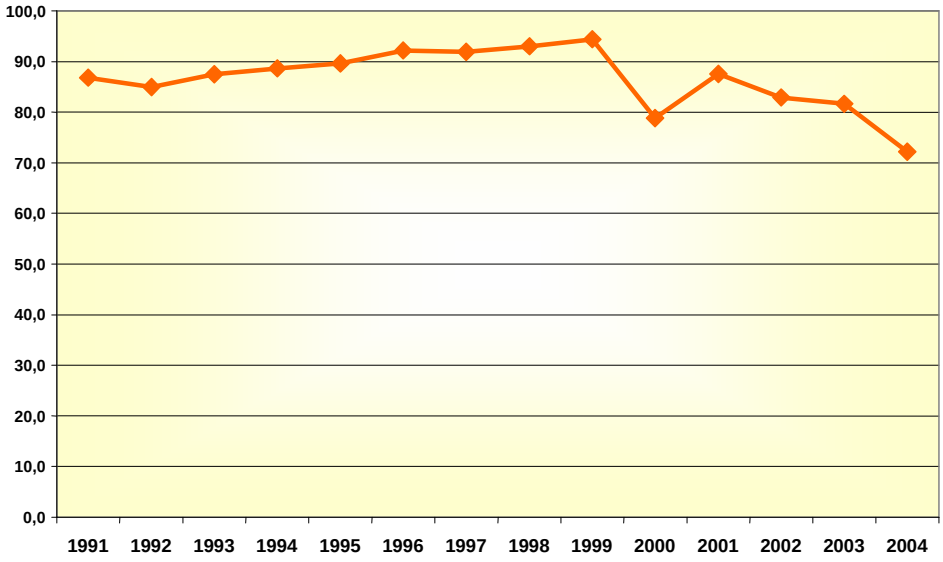
Fonte: INEP/ MEC- OBSRHS- IMS/UERJ

O aumento das vagas foi, obviamente, conseqüência da criação de novos cursos que, em 2004, somam 415 (77,6% de natureza privada) contra 106 em 1991. O número de cursos da rede pública cresce 4,5% em 13 anos, e o de número de vagas cresce na ordem de 28,1% neste período. Observa-se que, em termos proporcionais, as vagas públicas crescem mais nas regiões Norte (de 190 vagas em

1995 para 536 em 2004) e Nordeste (de 1205 vagas em 1995 para 1925 em 2004).

Apesar do intenso crescimento do número de vagas, é interessante analisar, também, o quantitativo de ingressantes e o percentual de ocupação destas vagas. Pode-se observar que o percentual de ocupação das vagas se mantém constante por quase todo o período analisado, apresentando uma queda a partir de 2000. Entretanto, comparado ao crescimento do número de vagas, esta queda não é expressiva e mostra que as vagas para a graduação estão sendo preenchidas, de 70% a 90%, nos quatro últimos anos.

Gráfico 6 - Evolução do % de ocupação das vagas de graduação de enfermagem. Brasil, 1991-2004.



Fonte: INEP/ MEC- OBSRHS- IMS/UERJ

Se analisarmos as vagas em relação ao tipo de unidade acadêmica, temos que 51,5% são oferecidas por Universidades, e 28,9% por Centros Universitários. As demais são por faculdades integradas ou faculdades isoladas[43].

[43] O INEP faz a seguinte classificação para tipos de Unidades acadêmicas: Universidades - São instituições pluridisciplinares, públicas ou privadas, de formação de quadros profissionais de nível superior, que desenvolvem atividades regulares de ensino, pesquisa e extensão.
Universidades Especializadas - São instituições de educação superior, públicas ou privadas, especializadas em um campo do saber como, por exemplo, Ciências da Saúde ou Ciências Sociais, nas quais são desenvolvidas atividades de ensino e pesquisa e extensão, em áreas básicas e/ou aplicadas.
Centros Universitários - São instituições de educação superior, públicas ou privadas, pluricurriculares, que devem oferecer ensino de excelência e oportunidades de qualificação ao corpo docente e condições de trabalho à comunidade escolar.

A mudança observada está na inversão privado/público do quantitativo de diplomados. Enquanto nos anos 90 a rede pública detinha o maior quantitativo de egressos, a partir de 2000 a situação se inverte; a rede privada passa a ostentar o maior o número de egressos. Tal fato já é reflexo da expansão mais acentuada da rede privada a partir de 1997. Observa-se que, em 2004, o percentual de egressos da rede privada chega a 72,1%. O gráfico abaixo ilustra a situação.

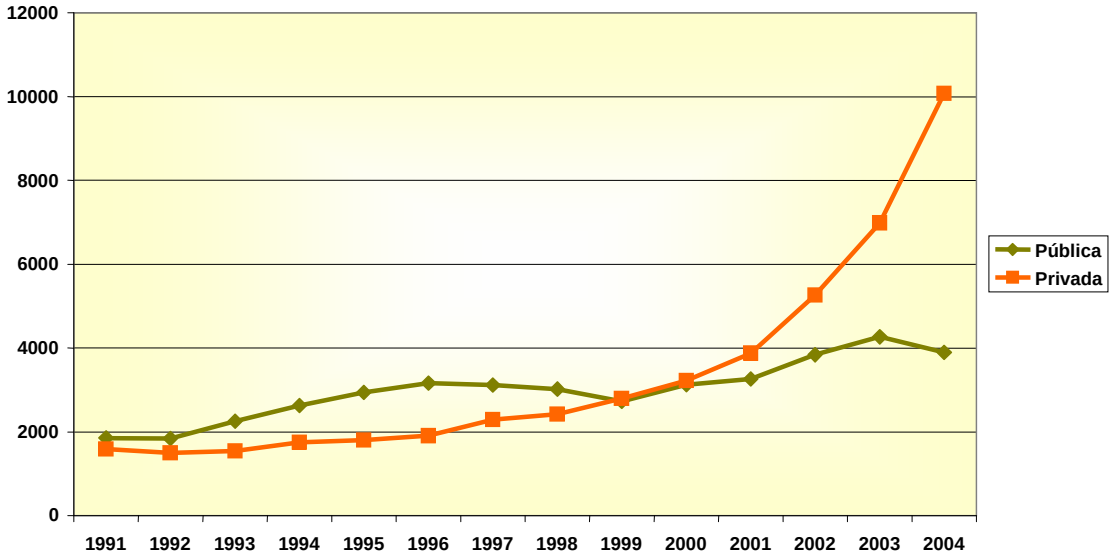
Centros Universitários Especializados - São instituições de educação superior, públicas ou privadas, que atuam numa área de conhecimento específica ou de formação profissional, devendo oferecer ensino de excelência e oportunidades de qualificação ao corpo docente e condições de trabalho à comunidade escolar.

Faculdades Integradas e Faculdades - São instituições de educação superior, públicas ou privadas, com propostas curriculares em mais de uma área do conhecimento, organizadas sob o mesmo comando e regimento comum, com a finalidade de formar profissionais de nível superior, podendo ministrar cursos nos vários níveis (seqüenciais, de graduação, de pós-graduação e de extensão) e modalidades do ensino.

Institutos Superiores ou Escolas Superiores - São instituições de educação superior, públicas ou privadas, com finalidade de ministrar cursos nos vários níveis (seqüenciais, de graduação, de pós-graduação e de extensão).

Centros de Educação Tecnológica - São instituições especializadas de educação profissional, públicas ou privadas, com a finalidade de qualificar profissionais em cursos superiores de educação tecnológica para os diversos setores da economia e realizar pesquisa e desenvolvimento tecnológico de novos processos, produtos e serviços, em estreita articulação com os setores produtivos e a sociedade, oferecendo, inclusive, mecanismos para a educação continuada.

Gráfico 7 - Egressos de graduação de enfermagem segundo natureza administrativa. Brasil, 1991-2004.



Fonte: INEP/ MEC- OBSRHS- IMS/UERJ

A tendência ao crescimento de egressos da rede privada provavelmente será mais expressiva, nos anos subseqüentes, em função do "*boom*" no número de vagas deste setor. Considerando que o percentual de evasão vem se mantendo entre 23,7% e 34,5%[44], nos próximos dois anos, adotando-se uma taxa de evasão de 30% e calculando os ingressos a partir de 2001, o país contará com cerca de 99 mil enfermeiros a mais disponíveis no mercado de trabalho.

[44] O percentual de evasão foi calculado comparado os concluintes e os ingressos de 4 anos anterior.

3.6 Mercado de trabalho do enfermeiro – análise da demanda

Como já discutido, entende-se mercado de trabalho como uma relação entre a oferta de mão de obra e a demanda por ela, ou seja, uma relação entre os que têm emprego a oferecer e os que estão à procura de trabalho. Nas sociedades contemporâneas não se identifica um único mercado de trabalho, mas um mosaico com vários segmentos, articulados ou não, que utilizam formas diversificadas de relações e de acesso ao trabalho.

Freidson (2001) diferencia três tipos ideais de mercado de trabalho: um primeiro, regulado pela forças de mercado; um segundo, burocraticamente regulado e, por fim, os mercados de trabalho regulados profissionalmente. Nestes últimos, o setor saúde pode ser considerado um caso exemplar.

Ao considerar o mercado de trabalho brasileiro, os segmentos podem ser aglutinados em três grupamentos: o formal - aquele em que os trabalhadores têm garantias trabalhistas; o informal, onde a força de trabalho é desprovida de direitos trabalhistas e de relações contratuais formalizadas; e o mercado de trabalho autônomo (VIEIRA, 2002).

Para analisar o mercado de trabalho do enfermeiro, e sua empregabilidade, enfrentamos restrições de informações dos segmentos informal e autônomo. A possibilidade de análise se dá a partir de dados do mercado formal, mais especificamente, os dados disponibilizados pela pesquisa da Assistência Médico-Sanitária - AMS/IBGE, com última edição em 1999, que alcança os postos de trabalho de todos os estabelecimentos que prestam assistência à saúde no país, e pelos dados disponíveis nos registros administrativos do Ministério do Trabalho -

Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)[45]e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) [46]. A RAIS, de caráter censitário e de periodicidade anual, abrange todo o universo do mercado formal (pessoas ocupadas com carteira assinada, estatutários, avulsos e temporários). Já o CAGED abrange o mercado formal celetista e tem periodicidade mensal.

O mercado de trabalho dos enfermeiros mostra crescimento positivo no setor saúde nas ultimas décadas. Entre 1977 e 1987, os postos de trabalho de enfermeiro mais que duplicaram. A tendência ascendente continua e, até 1992, tem-se registro de mais 12.000 postos de trabalho, com taxa de crescimento de 41,3%; em 1999 este quantitativo alcança 70.175 - um incremento bruto de 479,0% em 22 anos. A taxa bruta de absorção neste ano é de 92,4%, tendo como referência o número de enfermeiros registrados no COFEN. (VIEIRA, 2002).

Entre os anos de 1995 e 2000 os vínculos de emprego de profissões e ocupações relacionadas à função saúde apresentaram um crescimento bruto de 13,9%, enquanto o emprego assalariado em geral registrou incremento de 10,4%. No entanto, neste mesmo período, os vínculos de emprego dos enfermeiros tiveram incremento bruto negativo -1,9%. (GIRARDI, 2002).

Tal diminuição parece ter sido influenciada pela redução de empregos, tanto no setor público quanto no privado, cuja taxa de incremento bruto foi negativa neste período (-8,7% e –8,1%, respectivamente). Em contrapartida, o setor privado não lucrativo apresenta um crescimento de 27,4%. No conjunto de empregos, a participação do setor público era de 51,43% em 1995, passando em 2000 para 47,85%; o setor privado lucrativo também diminuiu sua participação e, no não lucrativo, a participação percentual dos empregos cresceu (27,07%).

[45] Instituída pelo Decreto Lei nº 76.900/75.
[46] Instituída pelo Decreto Lei nº 4.923/65.

Com o processo de descentralização, após a instituição do SUS, há um deslocamento de empregos públicos, principalmente para a esfera municipal. O percentual de empregos federais de enfermeiros no ano de 1995 registrava um valor de 15,1%, já neste ano bem inferior às esferas estaduais (43,2%) e municipais (31,5%). Em 2000 os empregos federais de enfermeiros representavam 1,5% do conjunto de empregos públicos, os estaduais 49,9% e os municipais 48,1%; as taxas de incremento bruto nessas esferas administrativas foram – 91,1; 5,3 e 39,5 respectivamente.

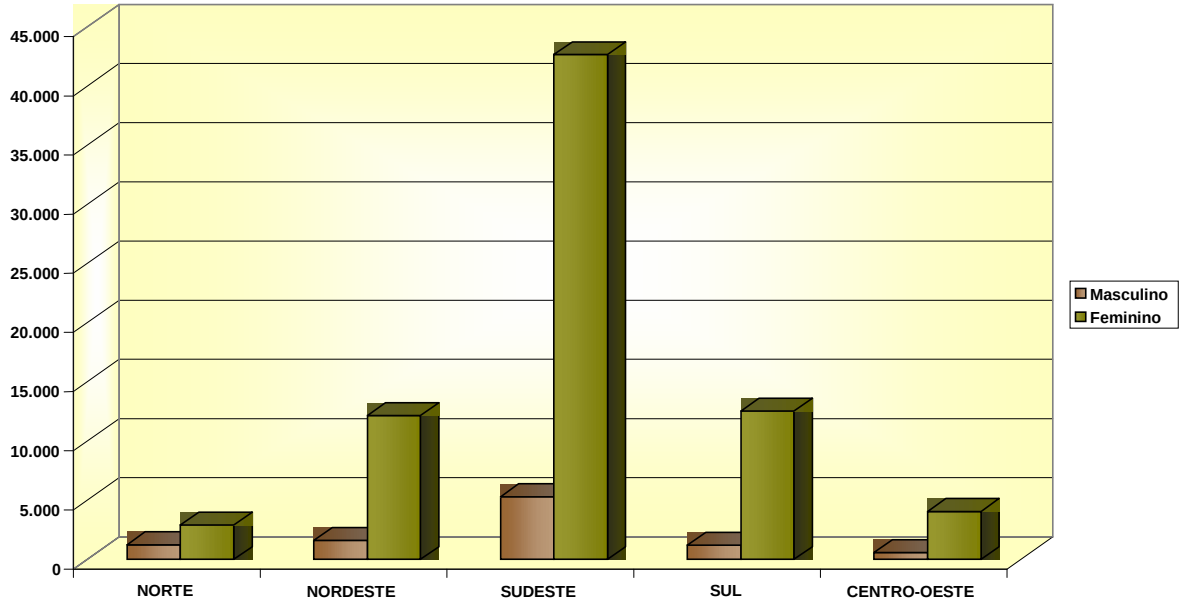
O cenário pode apontar para a extinção de empregos de enfermeiros, na esfera federal, nos próximos anos, caso não haja mudanças na política de recursos humanos nesta esfera administrativa, com a abertura de novos postos de trabalho.

As informações disponibilizadas pela RAIS apresentam limitações por se referirem apenas ao mercado formal. Segundo as estimativas com base na PNAD, o número total de pessoas ocupadas em atividades relacionadas à saúde chega a 5,6 milhões, enquanto na RAIS 2000 este quantitativo é de 2.591.176 empregados, considerado todo o macro setor. Tal comparação, mesmo observadas restrições metodológicas, pode dar indicativos de um expressivo contingente não alcançado por esse registro do Ministério do Trabalho. Uma outra questão a ser colocada refere-se aos registros do setor público, que não especificam muitas vezes a ocupação e englobam vários empregos sob a denominação de funcionário público (GIRARDI, 2002).

Mesmo reconhecendo as limitações, a RAIS é uma importante fonte de informação para orientar estudos sobre mercado de trabalho. De acordo com este registro, o Brasil ostenta 84.159 de vínculos de enfermeiros, sendo que, destes, 56,9% estão na região sudeste. Os vínculos de enfermeiro como servidor público

representam 44,7% e os trabalhadores vinculados à pessoa jurídica 54% . Se, em 2000, no setor saúde como um todo, 73% dos vínculos eram femininos entre os enfermeiros, este percentual sobe, em 2003, para 88,3%.

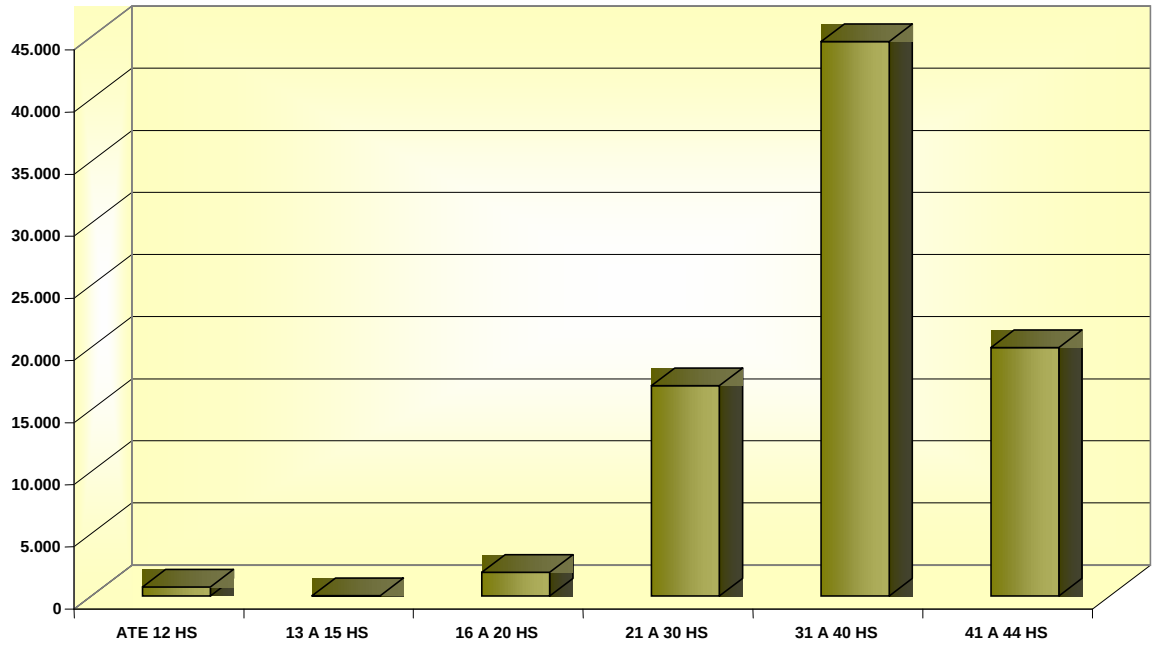
Gráfico 8 - Vínculos ativos de enfermeiros por região segundo gênero. Brasil, 2003.



Fonte: MT/RAIS 2003

Em relação ao número de horas trabalhadas, observamos que 53% dos enfermeiros cumprem uma carga horária na faixa de 31 a 40 horas semanais. A concentração de vínculos nesta faixa de horas trabalhadas não tem diferença expressiva quando comparamos os vínculos públicos - RJU (24%) com os vínculos pela CLT com pessoa jurídica (28,7%).

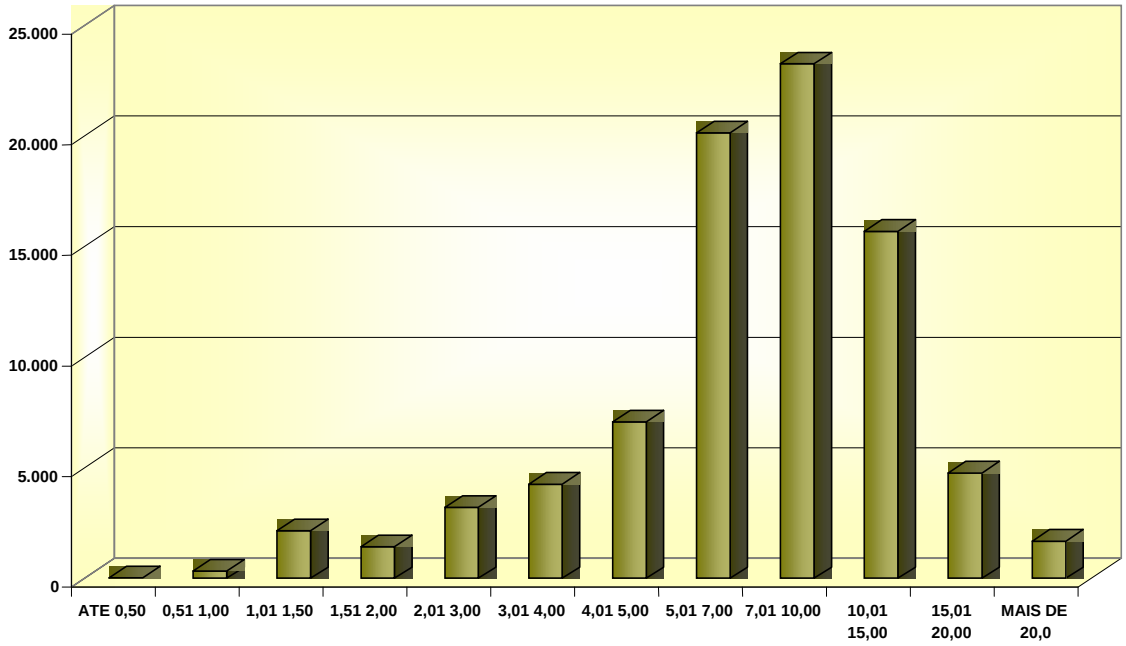
Gráfico 9 - Vínculos de enfermeiros por carga horária. Brasil, 2003.



Fonte: MT/RAIS-2003

Buscou-se também analisar a remuneração média dos enfermeiros. Observa-se que a maior concentração de vínculos (27,7%) está na faixa dos que recebem de 7,01 a 10 salários mínimos. Nota-se, ainda, que 46,3% dos enfermeiros recebem entre 5 e 15 salários mínimos. Este dado, se comparado com a média de salário de algumas das ocupações de saúde selecionadas (médico, cirurgião dentista, veterinário/zootecnista, farmacêutico e nutricionista), entre janeiro de 2004 e de 2005, que fica em torno de 5,4 salários, indica que os enfermeiros tendem a estar um pouco acima da média.

Gráfico 10 - Enfermeiros por faixa salarial em salários mínimos. Brasil, 2003.



Fonte: MT/RAIS-2003

Na seqüência, traremos, para discutir, alguns dados sobre a expansão de postos de trabalho induzida pelo Programa de Saúde da Família.

3.7 Mercado de trabalho do enfermeiro – análise da expansão de postos de trabalho com o Programa de Saúde da Família – PSF

O PSF constitui-se em estratégia de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do SUS, cujos princípios, pautados nos valores da solidariedade e da cidadania, atendem ao preceito constitucional de saúde como direito de todos e dever do Estado. Representa uma das intervenções de maior visibilidade e impacto no campo das políticas de saúde implementadas em nosso país, a partir da segunda metade da década de 90.

Elevado à condição de estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, o PSF tem demonstrado potencialidade para provocar um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção vigente. Iniciado em 1994, quando foram implantadas 328 equipes com a meta de cobrir cuidados básicos de saúde para cerca de 1 milhão de pessoas, o PSF encontra-se atualmente com 20.561 equipes[47], abrangendo 83,6% dos municípios brasileiros e com uma cobertura que ultrapassa os 70 milhões de pessoas (BRASIL, 2004).

A adoção, no início da década de 1990, da estratégia de Saúde da Família, bem como o seu crescimento expressivo nos últimos anos, além de provocar mudanças substantivas no modelo de atenção à saúde e expressar potencialidade de ampliar o acesso aos serviços básicos, trouxe um considerável impacto nas dimensões e configurações dos mercados educativos e de trabalho das profissões do setor. A abertura de novos postos de trabalho, especialmente para médicos e enfermeiros, é fato, e guarda certa equivalência com o número de equipes implantadas.

[47] A distribuição regional pode ser vista com mais detalhes em www.portalsaude.gov.br

Os gestores de sistemas de saúde municipais se viram diante do dilema: de um lado a pressão pela expansão de serviços de saúde com a adoção do PSF, e de outro, o contingenciamento de recursos financeiros e novas formas de remuneração dos serviços com o estabelecimento do Piso de Atenção Básica[48] - PAB e a Lei de Responsabilidade Fiscal[49], impondo constrangimentos para contratação de pessoal.

A utilização de modalidades mais flexíveis para a incorporação de trabalhadores (especialmente nos anos 90) foi a estratégia adotada para driblar os obstáculos legais, configurando-se, entretanto, como aditivo aos problemas de recursos humanos para a saúde. As contratações observadas têm sido objeto de polêmica, no que tange aos aspectos legais envolvidos, e muitas delas, no setor público de saúde, têm ocorrido na fronteira da legalidade.

Assim, gestores e dirigentes de Recursos Humanos (RH) enfrentam na atualidade problemas que se perpetuam desde a implantação do SUS, desde gerenciar trabalhadores e profissionais das diferentes esferas de governo, com contratos e salários diferenciados, realizando o mesmo tipo de atividade e integrados num mesmo processo de trabalho, bem como lidar com novas formas de inserção de trabalhadores com várias modalidades de vínculos, muitos de formas mais flexíveis ou com características de trabalho precário.

Em relação aos enfermeiros, é consensual que o PSF representou um importante incremento na oferta de postos de trabalho. Na pesquisa “Agentes Institucionais e Modalidades de Contratação de Pessoal no Programa de Saúde da

[48] O PAB foi implantado pela portaria 1882/97 e consiste numa sistemática de repasse financeiro fundo a fundo de um montante de recursos *per capita* para que os municípios responsabilizem-se pela atenção básica da população local. O valor *per capita* varia de R$10,00 a R$15,00 dependendo da capacidade do município.

[49] Lembramos ainda que o setor público é regido por lei que associa as despesas com pessoal às receitas líquidas das administrações federais, estaduais e municipais, limitando o gasto a no máximo 60% da receita para os estados e municípios e em 50% da receita líquida federal - Lei complementar nº. 101 de 4 de maio de 2000.

Família no Brasil[50]", o número de enfermeiros no PSF em 2001 estava na ordem de 14.061 profissionais. Este quantitativo representa 15% dos profissionais registrados no COFEN no mesmo ano, 19,9% dos postos de trabalho em serviços de saúde e 20% dos vínculos formais de emprego (GIRARDI & CARVALHO, 2003).

Os enfermeiros ocupam, também, cerca de 70% dos cargos de coordenador do programa nos municípios que possuem coordenação específica para o PSF. A maioria dos enfermeiros que atuam no PSF está na faixa etária de 30 a 49 anos (58,69%) e 90,91% são mulheres.

Em relação à formação técnico-científica, 43,13% dos enfermeiros do PSF têm até 4 anos de formados, sendo que 70,68% são oriundos de graduações de instituições públicas, exceção para as regiões Sul e Sudeste, onde 40% se formaram em instituições privadas.

A experiência principal declarada é na saúde pública. Apenas 35,49% fizeram algum curso de especialização, sendo mais reduzido ainda o quantitativo com mestrado ou doutorado - 1,45%.

As prefeituras são os agentes responsáveis pela contratação de 85% dos enfermeiros; os demais são contratados por outros agentes institucionais como entidades filantrópicas (4,3%) e cooperativas (3,4%). Contraditoriamente, as prefeituras utilizam de forma prioritária o expediente de contratação temporária ou de prestação de serviços (69,7% dos enfermeiros são contratados por estes agentes). Já os demais agentes institucionais adotam contratos mais protegidos, como pela via CLT, em cerca de 69% dos enfermeiros contratados por entidades filantrópicas e por outras do terceiro setor.

[50] Pesquisa telefônica realizada por EPSM/NESCON/UFMG, 2001.

Segundo Machado (2000), 43,67% dos enfermeiros são incorporados ao PSF por meio de contrato temporário. Somando-se as demais formas flexíveis de contrato de trabalho, estima-se que 61,17% dos enfermeiros não usufruam das garantias jurídicas e direitos trabalhistas. Exceção pode ser verificada na região Sul, onde 44,44% dos enfermeiros são servidores públicos estatutários.

O tempo de permanência destes profissionais no programa é de menos de um ano. As formas de ingresso no PSF foram predominantemente por entrevista e seleção de currículo; apenas 14,08% foram submetidos a concurso público.

O valor salarial médio para enfermeiros no PSF é de R$1,75 mil, podendo variar entre o mínimo de R$550,00 a R$3.500,00. O PSF pratica, em média, valores superiores aos do mercado, em torno de 30 %. Não há diferenças regionais quanto a este aspecto, visto que, em todas as regiões, os salários do PSF são superiores aos do mercado. A média salarial dos enfermeiros no PSF, apesar de estar superior à praticada no mercado, pode estar declinando: em 1998 o salário médio dos enfermeiros era de R$1.909,10. Já em relação à carga horária semanal, para 68,22% dos profissionais, varia entre 31 e 40 horas.

Os dados apresentados corroboram a tese de que políticas expansionistas de atenção à saúde, como o PSF, além de influenciar positivamente na expansão de postos de trabalho dos enfermeiros, alteram especificamente as modalidades de contratação destes profissionais no serviço público, em especial na atenção básica de saúde, com formas mais flexíveis e até precárias de vínculo.

Em síntese, a nova dinâmica observada no mercado de trabalho em geral, pode, em parte, ser percebida na configuração do trabalho do enfermeiro neste novo campo que se ampliou na década de 90 - o PSF, principalmente nas formas assalariadas, sem formalização e mecanismos de proteção.

No próximo capítulo serão apresentados os resultados do estudo empírico, procurando evidenciar se o cenário que se observou na década de noventa se perpetua nos dias atuais e, ainda, analisar a configurando do mercado do enfermeiro na atualidade, apontando as principais tendências observadas.

Capítulo IV

Análise empírica do mundo do trabalho do enfermeiro

4.1 Descrição da metodologia utilizada - pesquisa de campo

Este estudo se propôs a configurar a dinâmica do mercado de trabalho dos enfermeiros no Brasil, focalizando a oferta e as condições de emprego do enfermeiro. Mais especificamente: quantificar e qualificar a oferta de enfermeiros, analisando as instituições formadoras, as vagas, os ingressos e egressos, em conformidade com a natureza jurídica das Instituições de Ensino Superior (IES); identificar as formas de inserção dos enfermeiros no mercado de trabalho, com destaque para as características do emprego, para a relação de trabalho estabelecida, e para as condições de trabalho; e, por fim, estabelecer o perfil do enfermeiro, com ênfase na formação/qualificação profissional, na qualidade do posto de trabalho ocupado e nas atividades por eles desempenhadas.

Poder-se-ia inferir, de maneira apriorística, que o emprego de enfermeiro portava características de forte assalariamento, baixa autonomia, pequena inserção em postos de direção, emprego único, e baixo exercício como profissional liberal[51]. As transformações ocorridas no mundo do trabalho, decorrentes da reestruturação produtiva, já seriam passíveis de observação na prática da enfermagem, via flexibilização das relações de trabalho, não obstante um aparente grau satisfatório de empregabilidade. Acreditava-se haver uma tendência atual para novas formas de organização social do trabalho do enfermeiro, com aumento da autonomia e de inserção em postos de direção. O desequilíbrio entre a oferta de enfermeiros e a

[51] O enfermeiro foi incluído na Consolidação dos Profissionais Liberais pela portaria 94/62 do Ministério do Trabalho vigorando a partir de julho de 1964.

disponibilidade de postos de trabalho, acrescido da necessidade de recomposição da renda familiar e da perda da capacidade de compra dos salários, fez com que os enfermeiros aumentassem o número de horas de trabalho e adotassem a prática do multi-emprego**.**

A proposta metodológica deste estudo está apoiada em uma abordagem qualitativa que se valerá de métodos quantitativos. O estudo foi dirigido para a busca de informações em fontes secundárias, que deram indicativos do cenário nacional. Entretanto, seu foco foi apontado para um inquérito, em amostra não aleatória, que investigou a situação atual dos enfermeiros, através de variáveis selecionadas (flexibilidade das relações de trabalho, emprego, autonomia, qualificação profissional).

Assim foram efetuadas as seguintes etapas:

- Levantamento e avaliação de dados secundários da RAIS/CAGED, INEP/ME;
- *Survey* aplicado por meio de questionário à amostra não aleatória de enfermeiros ativos que participaram dos Congressos do COFEN e da ABEn;
- Entrevista com atores qualificados (Presidente da ABEn, dirigentes de CORENS regionais) para verificar a tendência presumida para o mercado de trabalho dos enfermeiros.

4.1.1 Pré-teste

Foi realizado um pré-teste, com aplicação do questionário a 20 enfermeiros do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ. A partir dos resultados e das dificuldades apontadas pelos participantes, procedeu-se a um ajuste no instrumento, retirando ou aperfeiçoando as questões.

4.1.2 Desenvolvimento da pesquisa de campo

A pesquisa foi direcionada ao conjunto dos enfermeiros que participaram do 8º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, realizado no período de 24 a 28 de outubro de 2005, em Maceió/AL e no 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem, no período de 3 a 7 de novembro de 2005, Goiânia/GO.

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário auto-aplicável, composto de questões objetivas e estruturadas, contendo perguntas *informativas* e *opinativas*. O instrumento (Apêndice 1) foi constituído de 4 blocos:

Bloco I – Identificação - 8 questões:

Idade, sexo, responsabilidade pela manutenção da casa, local de residência e local de trabalho.

Bloco II - Formação profissional - 20 questões:

Instituição em que se graduou, ano de conclusão da graduação, habilitação, outra graduação, pós - graduação (especialização, residência, mestrado e doutorado), utilização da internet, acessibilidade ao aprimoramento profissional.

Bloco III – Mercado de trabalho - 27 questões:

Tipo de vínculo, forma de contrato, unidade e setor de trabalho, principais atribuições no trabalho, cargo de chefia, multi-emprego, regime de trabalho, jornada, salários, condições de trabalho, autonomia profissional, outra atividade remunerada fora da enfermagem.

Bloco IV - A enfermagem e participação política – opinativas - 14 questões:

Auto-percepção da profissão e perspectiva profissional, avaliação da legislação e das entidades de classe.

Além das questões do estudo, o instrumento foi acompanhado de um termo de consentimento livre e esclarecido e de uma carta dirigida aos enfermeiros solicitando a sua participação e colaboração.

Nos dois eventos os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa, sendo, no momento da abordagem, explicitados os objetivos do estudo e identificada a instituição responsável pela pesquisa. Foi solicitada a devolução do questionário, devidamente preenchido, até a finalização do evento.

No 8º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem foram distribuídos 800 formulários, sendo obtido um retorno de 221 ao término do evento. No 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem foram distribuídos 1100 exemplares aos participantes, com retorno de 330. Cabe ressaltar o recebimento de mais 16 questionários enviados posteriormente, via postal, considerados como pertencentes ao conjunto do segundo evento, resultando num total de 567 questionários devolvidos. Destes, dois não estavam completos. Por opção metodológica, reservou-se o preenchimento completo do formulário aos enfermeiros em atividade laboral por ocasião do *survey*. Tal procedimento foi orientado no corpo do formulário, gerando,

assim, conjuntos diferenciados de respostas, quais sejam, N= 565 (para a totalidade dos respondentes) e N=543 (para enfermeiros em atividade laboral).

Frise-se estarmos tratando de uma clientela de enfermeiros diferenciada: que freqüenta congressos e que responde a questionários. Não se tratando, portanto, de uma amostra aleatória. Sabe-se que a magnitude do *viés* presente em nossa amostra não é desprezível. Mesmo assim, de posse dos 565 questionários respondidos, realizamos, a posteriori, um cálculo amostral adotando um intervalo de confiança de 90%, resultando, a partir da estratificação por região natural de residência, numa amostra de 548** enfermeiros, com possibilidade de erro variando entre 4,8 e 7,8% conforme a tabela abaixo.

Tabela 5 - Amostra da pesquisa segundo região por erro percentual. Brasil, 2005.

Região	Universo*	Cobertura**	Erro Percentual
Centro Oeste	8327	80	4,8%
Norte	6484	39	6,0%
Nordeste	26951	160	5,5%
Sul	18861	62	7,8%
Sudeste	55834	207	5,7%
Brasil	116457	548	

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

*Número de enfermeiros registrados no COFEN

**Número de registros contendo a informação sobre a unidade federativa de residência do profissional

No decorrer do 8º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem foram agendadas e realizadas entrevistas com dirigentes de 10 Conselhos Regionais de Enfermagem, a saber: Amazonas, Ceará, São Paulo, Paraíba, Espírito Santo, Piauí, Mato Grosso, Alagoas, Distrito Federal e Santa Catarina. Foi entrevistada, também, posteriormente, a presidente da Associação Brasileira de Enfermagem. As entrevistas foram realizadas com base em roteiro de questões

semi-estruturadas (Apêndice 3), cujo objetivo era rastrear a tendência presumida para o mercado de trabalho dos enfermeiros.

4.1.3 Preparação do Campo

Além das etapas metodológicas, o trabalho exigiu procedimentos operacionais prévios, com vistas à viabilidade do processo. Para a realização da pesquisa foram feitas articulações com os dirigentes das instituições responsáveis pelos eventos (Presidente do COFEN, Presidente da ABEn Nacional e a Presidente do 57º Brasileiro de Enfermagem- ABEn Goiás).

A solicitação foi oficializada pela Coordenação da Estação de Trabalho do IMS/UERJ, da Rede Observatório de Recursos Humanos, acompanhada de cópia do projeto de pesquisa e do instrumento de coleta de dados.

4.1.4 Plano de análise – categorias e variáveis

Recolhidos os questionários procedeu-se ao desenvolvimento de uma base de dados em *Acess*, interfaciada por formulário eletrônico padronizado para digitalização, com posterior tabulação dos dados. Após a digitação, com duração de duas semanas, os dados foram processados por meio do programa Sphinx.

Considerando os dados secundários apresentados e os blocos de questões, estabeleceram-se algumas categorias e variáveis para análise dos resultados obtidos.

Em relação ao trabalho, a análise será pautada na classificação de modalidades de vínculo e no tipo de flexibilização verificada. Entendendo por

flexibilização não, necessariamente, forma precária de emprego, com perda de proteção social, mas ajustes introduzidos para adequar a mão de obra ao volume da produção.

Para analisar as formas de remuneração os resultados serão observados pela modalidade de assalariamento, por jornada de trabalho e pela composição entre trabalho assalariado e outras modalidades de remuneração.

Serão considerados indicadores do grau de autonomia: a inserção em atividades como profissional liberal, em cargos de direção, e em outras em que seja explicitado poder decisório sobre as atividades desenvolvidas.

O grau de empregabilidade será visto pela capacidade de absorção, pelo mercado dos profissionais, e para isso serão considerados a relação entre o tempo de formação e a obtenção do primeiro emprego, o desemprego e o multi-emprego.

Além destas questões centrais buscar-se-á informações sobre o perfil do enfermeiro, com enfoque na qualificação profissional e no tipo de atividade desenvolvida. A qualificação profissional será avaliada pelo nível de especialização. As atividades desenvolvidas serão categorizadas em função de sua referência à assistência, à docência/ensino, à pesquisa e à gerência.

A partir de freqüências simples foram feitos cruzamentos, considerando como variáveis a qualificação profissional (a pós-graduação) e o tempo de formação. Além disso, os resultados foram estratificados pelos dois eventos.

4.2 Resultados

O mercado de trabalho dos enfermeiros no Brasil, seja pela conformação da oferta advinda das condições da formação, seja pela capacidade de absorção da demanda por postos de trabalho, corporificou o conjunto de preocupações e inquietações deste estudo.

Os dados secundários, que configuraram as condições da formação, apontam para a crescente expansão de cursos e vagas de graduação para enfermeiros, especialmente pela rede privada de ensino. Este crescimento terá como corolário uma duplicação do número atual de enfermeiros no mercado de trabalho nos próximos dois anos. O que terá motivado tal expansão? Como está se dando a formação dos enfermeiros? Que mecanismos estão sendo adotados para garantir a qualidade dos enfermeiros graduados? Que conseqüências poderão ser presumidas para o futuro deste mercado?

Os dados referentes à demanda mostram um crescimento de postos de trabalho de enfermeiros no decorrer dos últimos anos. As políticas públicas de saúde tiveram papel central neste incremento (via, por exemplo, o PSF). Esta expansão de oportunidades de trabalho pode explicar um aumento de pessoas interessadas nesta profissão?

Os resultados que serão apresentados da pesquisa empírica poderão dar algumas pistas para o entendimento destas questões, bem como responder a outras indagações do início deste estudo.

Como já exposto, o estudo foi feito com os enfermeiros participantes de dois grandes Congressos da categoria. Foram distribuídos 1900 questionários com

um retorno de 567. Destes, dois estavam incompletos, conformando o universo estudado em 565 respondentes.

A seguir, serão apresentados os resultados obtidos em freqüência simples, agregando os achados relevantes decorrentes dos cruzamentos realizados, de acordo com o conjunto de questões abordado em cada bloco do *survey*.

Bloco I e II - Identificação e formação profissional

No conjunto pesquisado 88,9% é composto pelo gênero feminino. Apesar do aumento da procura do curso de enfermagem por estudantes do sexo masculino[52], a profissão de enfermeiro ainda é predominantemente feminina. Na enfermagem este traço pode ser visto ao longo de sua história e parece estar associado à própria essência da profissão – o cuidado. O ato de cuidar sempre foi associado à figura feminina, materna. (BOFF, 1999).

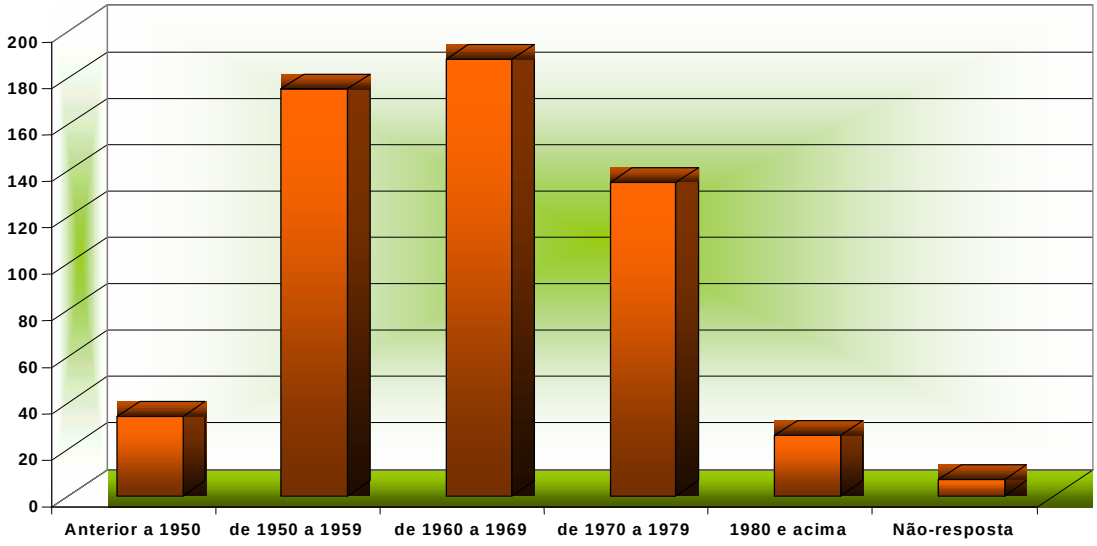
Por outra via, o trabalho no setor saúde é predominantemente exercido hoje por mulheres. Sete em cada dez profissionais são mulheres no setor público e oito em cada dez, no privado. (DEDECCA, 2001). De fato, o aumento do trabalho feminino no mundo contemporâneo é uma tendência significativa. Atualmente, mais de 40% da força de trabalho em países do primeiro mundo é constituída por mulheres que, todavia, são absorvidas no trabalho *part-time,* precarizado ou desregulamentado. Os níveis de remuneração das mulheres também são, em média, inferiores aos percebidos pelos homens (Antunes, 2003). Acredita-se que a força de trabalho de enfermagem, como um todo, tenha um importante papel na *feminização* do trabalho no setor saúde.

Pesquisadores afirmam que, na *nova divisão sexual do trabalho,* as atividades que demandam mais qualificação técnica, ou de maior capital intensivo, são realizadas predominantemente pelos homens, enquanto as atividades de maior trabalho intensivo, que exigem menos qualificação, são frequentemente desempenhadas por mulheres. (Antunes 2003).

[52] A título de exemplo, no ano de 2000, 12,3% das matrículas da faculdade de enfermagem da Uerj eram do sexo masculino. Em 2003 este percentual sobe pra 14%. Na Universidade Gama Filho também se verifica um aumento de matrículas do sexo masculino neste período, passando de 11,6% em 2000, para 16,5% em 2003 (Fonte: INEP/MEC - RORHES/IMS-UERJ).

Observa-se que 64,3% dos enfermeiros pesquisados estão na faixa etária de 35 e 55 anos, sendo que o maior percentual (33,3%) está entre 36 e 45 anos, um pouco acima da faixa etária mais predominante entre os profissionais de saúde com emprego formal, onde cerca de 40% têm idade entre 30 e 39 anos (DEDECCA, 2001). As mudanças nas regras da aposentadoria também podem estar influenciando o aumento da faixa etária deste grupo de profissionais. Observou-se, também, que a maioria é constituída de brasileiros, verificando-se apenas dois registros de estrangeiros entre os respondentes.

Gráfico 11 - Enfermeiros segundo ano de nascimento. Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

O estudo abrangeu enfermeiros de todo o Brasil e, assim como na distribuição nacional dos enfermeiros no país, observou-se uma maior concentração (36,6%) de residentes na região sudeste[53].

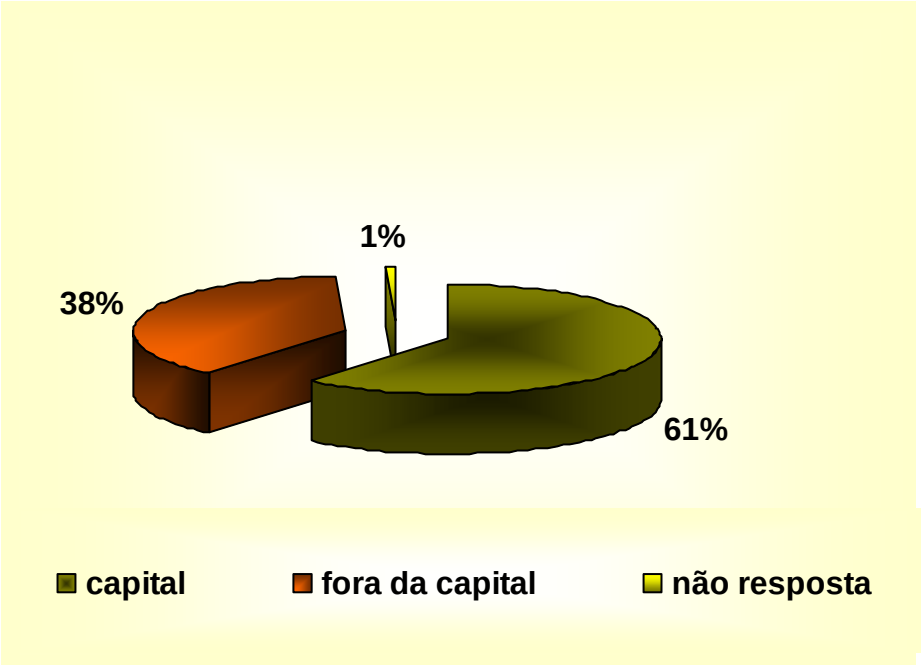
[53] A Região Sudeste concentra 47,9% dos enfermeiros ativos com registro no COFEN (COFEN, 2006).

Figura 1 - Enfermeiros respondentes segundo local de residência. Brasil, 2005.

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

Observou-se, também, que a maioria dos enfermeiros participantes do estudo reside nas capitais. É consensual que este cenário de concentração regional e urbana é um problema a ser enfrentado pelos formuladores de políticas para a área de recursos humanos em saúde, tendo em vista a premência de estratégias que promovam uma distribuição mais equânime de profissionais de saúde nas diversas regiões do país.

Gráfico12 - Enfermeiros segundo local de residência. Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

A pesquisa mostrou que 55,5% dos enfermeiros são os principais responsáveis pelas despesas familiares. De acordo com Dedecca (2001), pode-se estabelecer uma relação entre trabalhadores de idade mais avançada com sua responsabilidade na reprodução das famílias, fato que pode ser aplicado para os enfermeiros do estudo.

Se for comparada a UF da residência dos enfermeiros pesquisados com a de onde se graduaram, pode-se inferir que não há movimento migratório expressivo dentro do país.

Ao se investigar o ano de conclusão da graduação, observou-se que 35,2% têm entre 16 e 25 anos de formados e que 20,3% se formaram após o ano 2000. Este percentual poderá ostentar um crescimento importante nos próximos anos em virtude do aumento esperado de egressos de graduação de enfermagem, que vem evoluindo de forma expressiva a partir de 2001.

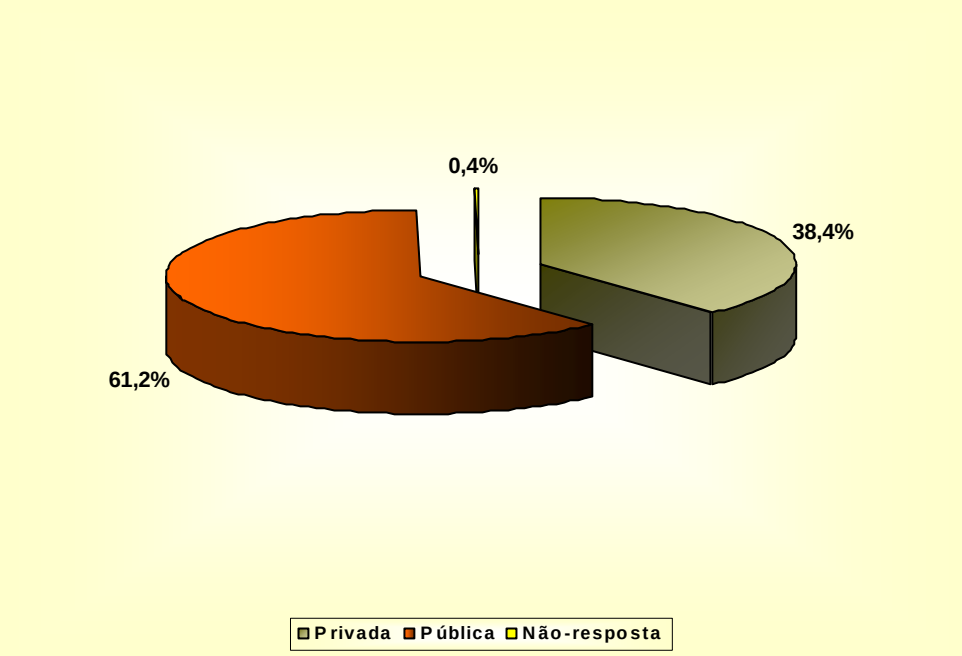
Tabela 6 – Enfermeiros segundo o ano de conclusão da graduação. Brasil, 2005.

Ano de conclusão	No. cit.	Freq.
Anterior a 1960	3	0,53%
de 1960 a 1969	9	1,59%
de 1970 a 1979	95	16,81%
de 1980 a 1989	199	35,22%
de 1990 a 1999	134	23,72%
2000 e acima	115	20,35%
Não-resposta	10	1,77%
TOTAL OBS.	565	100%

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

Em relação à natureza jurídica da faculdade em que se graduaram, 61,2% cursou a enfermagem em estabelecimentos públicos, o que guarda coerência com a distribuição dos cursos nas décadas passadas, onde predominavam as faculdades públicas. Este dado também deverá ser alterado num futuro próximo já que, a partir de 2000, há uma inversão nesta relação e a rede privada passa a ser responsável, em 2004, por 72,1% dos concluintes.

Gráfico 13 - Enfermeiros segundo natureza jurídica do estabelecimento da graduação**.** Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

Observou-se que 62,6% dos enfermeiros realizaram estágios extra curriculares durante a graduação sendo que destes, 47,7% como Acadêmico Bolsista. Este achado pode indicar, por um lado, a fragilidade das faculdades em desenvolver habilidades para a prática profissional, por outro, a necessidade de inserção em atividade com remuneração.

O estudo buscou identificar se a graduação em enfermagem representa uma progressão de estudos para o curso técnico ou auxiliar. Observou-se que apenas 19,3% responderam afirmativamente se fizeram curso técnico ou de auxiliar de enfermagem antes da graduação. Tal configuração, também, poderá ser alterada nos próximos anos, em virtude do aumento expressivo de cursos, principalmente na rede privada e alguns oferecendo cursos noturnos. Entretanto, para se ter posições mais conclusivas, serão necessários estudos mais específicos sobre o perfil dos estudantes de graduação de enfermagem neste início de século.

Outra questão observada é que poucos enfermeiros fizeram outra graduação (9,03%), sendo que destes 58,8% as fizeram em cursos da área de ciências humanas. Deste universo, 53,9% concluíram a outra graduação entre 1980 e 1999 e 23,5% após o ano 2000.

Pode-se indagar se, para este segmento, a faculdade de enfermagem pode ter sido uma segunda opção de profissionalização, que talvez oferecesse uma melhor perspectiva de inserção no mercado.

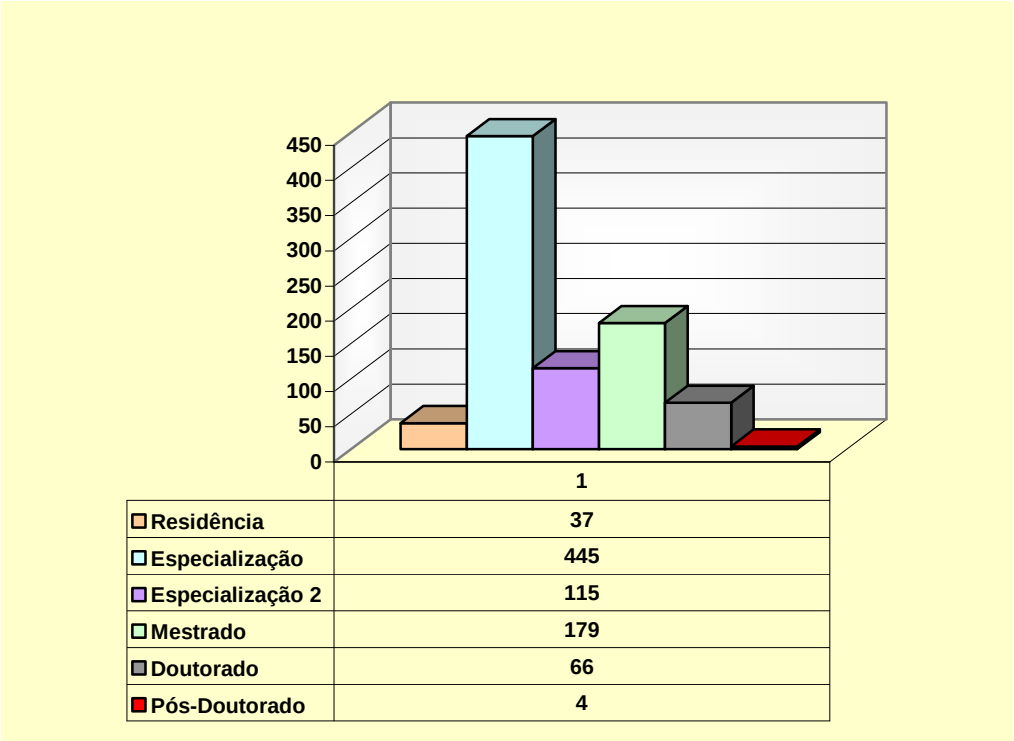
Procurou-se investigar se os enfermeiros do universo pesquisado tinham feito habilitação[54]. Obteve-se como resultado que 55,7% responderam sim e que destes, 36,8% concluíram o curso ente 1980 e1989. A habilitação mais citada foi a

[54] A habilitação era uma opção de complementação mais “especializada” dos enfermeiros nas décadas passadas. Eram oferecidas habitações nas áreas de obstetrícia, saúde pública, médico-cirúrgica e licenciatura.

de saúde pública. Observou-se, também, que 67,6% dos enfermeiros que concluíram o curso, o fizeram em instituições públicas.

Em relação à pós-graduação, 85,84% do universo pesquisado realizaram alguma modalidade do gênero. Os cursos de especialização foram os mais citados, 78,8%, sendo que 23,7% realizaram uma segunda especialização. Chamou atenção o fato de que 36,9% deste universo têm curso de mestrado e 13,6% de doutorado. Cabe lembrar que este resultado pode conter um *viés* da pesquisa em função de o universo da amostra abranger os participantes dos congressos da categoria, o que já o caracteriza como um conjunto de profissionais diferenciado.

Gráfico 14 - Enfermeiros segundo modalidade de pós - graduação. Brasil, 2005.



	1
Residência	37
Especialização	445
Especialização 2	115
Mestrado	179
Doutorado	66
Pós-Doutorado	4

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

Por avaliar que poderia haver diferenciação entre as clientelas dos eventos optou-se por estratificar os resultados por evento. Pode-se observar uma nítida diferenciação de clientela, nos dois eventos, em relação à qualificação

profissional. Dos enfermeiros respondentes que participaram do congresso da ABEn, 45,9% e 18,7% possuem, respectivamente, mestrado e doutorado, enquanto, no congresso do COFEN, este percentual cai para 14, 4% e 2,9%. De fato, a ABEn congrega em seus congressos um grande número de enfermeiros atuando em atividades de ensino, elevando com isso o patamar de qualificação. Este achado, portanto, não pode ser generalizado.

Tabela 7 – Enfermeiros por modalidade de pós - graduação segundo participação nos congressos da ABEn e do COFEN. Brasil, 2005.

Pós-Graduação	COFEN N=208		ABEn N=327		Total N=565	
	N	%	n	%	n	%
Residência	21	10,1	18	5,5	39	6,9
Especialização	179	86,1	266	81,3	445	78,8
Especialização II	47	22,6	69	21,1	116	20,5
Mestrado	30	14,4	150	45,9	180	31,9
Doutorado	6	2,9	61	18,7	67	11,9
Pos-Doutorado	0	0,0	5	1,5	5	0,9

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

Observa-se, também, que o acesso à especialização acentuou-se de forma expressiva a partir do ano 2000. Na década de 90, 17,59% dos que possuem esta modalidade de pós-graduação concluíram-na neste período. Já a partir de 2000, este percentual sobe para 31,2%.

Tabela 8 – Enfermeiros segundo ano da especialização. Brasil, 2005.

Ano da especialização	No. cit.	Freq.
antes de 1980	17	3,94%
de 1980 a 1989	55	12,73%
de 1990 a 1999	76	17,59%
2000 e acima	135	31,25%
Não-resposta	149	34,49%
TOTAL CIT.	432	100%

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

A busca por cursos de especialização pode ser explicada por um lado pela maior seletividade do mercado de trabalho. As pessoas com mais qualificação aumentam a chance de se empregarem, ou seja, adicionam atributos na perspectiva de sua empregabilidade. Esta perspectiva pode ser agregada à esperança de aumento salarial. Por outro, a necessidade de ter um perfil diferenciado para o trabalho no PSF pode ter contribuído para este movimento, além da possibilidade de trabalhar no ensino de graduação, que passou a ser um mercado em expansão, especialmente após o ano de 2000 no setor privado de ensino.

De fato, as chances de colocação e remuneração no mercado de trabalho crescem com o aumento da qualificação profissional. Pesquisa realizada por Álvaro Comin, sociólogo do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP, com dados da PNAD 2004, a pedido da folha de São Paulo, indicava que o trabalhador com mestrado ou doutorado completo tinha renda média de R$4.599,00. Tal valor é 96,3% maior do que o verificado entre os que tinham completado apenas o ensino superior, que era de R$2.342,00[55].

Esta tendência também pode ser observada neste estudo. Quando estratificamos a faixa de remuneração declarada, segundo possuir ou não pós-graduação, verificou-se que 36,8 % com pós-graduação têm uma renda superior a R$4.000,00, enquanto entre os que declararam não possuir (27,6%) referiram como renda global a faixa entre R$1.000,00 e R$1.999,00.

[55] Disponível em http://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/noticias/gd160106.htm

Tabela 9 – Enfermeiro por renda total segundo pós-graduação. Brasil, 2005.

Qual a sua renda total com o trabalho de Enfermeiro	Fez curso de pós-graduação					
	Sim		Não		Total	
	N	%	n	%	n	%
Menos de R$500	1	0,2	0	0,0	1	0,2
de R$500,00 a R$999,00	3	0,6	0	0,0	3	0,6
de R$1000,00 a R$1999,00	48	10,3	16	27,6	64	12,2
de R$2000,00 a R$3999,00	241	51,6	35	60,3	276	52,6
de R$4000,00 a R$5999,00	123	26,3	4	6,9	127	24,2
Acima de R$6000,00	49	10,5	2	3,4	51	9,7
Não-resposta	2	0,4	1	1,7	3	0,6
Total	467	100,0	58	100,0	525	100,0

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Quando investigado se enfermeiros têm acesso a computador/ internet, 94,7% responderam afirmativamente. Os principais temas de interesse são, em ordem de freqüência citada: saúde pública, educação, saúde coletiva e saúde da família.

Buscou-se conhecer como a categoria percebia a facilidade ou dificuldade de acesso a modalidades de aprimoramento profissional. 59,8% responderam que encontravam dificuldade em realizar aprimoramento profissional. Os principais motivos foram, em ordem de freqüência citada: alto custo dos eventos científicos, falta de apoio institucional e falta de disponibilidade de horário.

Quando indagado sobre o tipo de aprimoramento que gostaria de fazer obteve-se principalmente, em ordem de freqüência citada: mestrado, doutorado e cursos no exterior. De fato, na atualidade, a busca pela pós-graduação vem sendo percebida em vários segmentos profissionais em virtude da competitividade do mercado de trabalho, que tem exigido cada vez mais, profissionais qualificados. Entre os enfermeiros, o mestrado, por exemplo, pode representar a perspectiva de trabalho no setor de ensino, um mercado de trabalho em expansão nos últimos anos.

Bloco 3 – Mercado de trabalho

Em relação à situação de trabalho, 96,1% dos enfermeiros estavam exercendo a profissão (ativos) na ocasião da pesquisa, como pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 10 - Enfermeiros segundo condição de trabalho. Brasil, 2005.

Situaçào de trabalho atual	No. cit.	Freq.
Ativo (exercendo a profissão de enfermeiro)	543	96,11%
Aposentado	9	1,59%
Desempregado	6	1,06%
Afastado	1	0,18%
Abandonou a profissão	2	0,35%
Não-resposta	4	0,71%
TOTAL OBS.	565	100%

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Os que estão afastados, ou abandonaram a profissão, alegaram como motivo salário baixo e insatisfação com as condições de trabalho. Aqueles que declararam estar desempregados citaram como principal motivo a pouca oportunidade na área em que estava habilitado.

Como explicado na metodologia, a pesquisa só teve continuidade para os enfermeiros que se declararam ativos na ocasião da pesquisa, uma vez que a centralidade do estudo era conhecer o comportamento do mercado de trabalho da categoria. Sendo assim, o universo da pesquisa passa a ser n= 543.

Buscou-se investigar o tempo entre a conclusão da graduação e a inserção no mercado de trabalho. Observa-se que 85,3% conseguiram o primeiro emprego com menos de 1 ano de formado e 6,6% com 1 ano. Assim, com até 1 ano de formado 91,9% dos enfermeiros já estão ocupados.

Tabela 11 – Enfermeiros segundo tempo de formado e inserção no primeiro emprego**.** Brasil, 2005.

Primeiro emprego	No. cit.	Freq.
Menos de 1 ano de formado	463	85,27%
1 ano de formado	36	6,63%
De 2 a 3 anos de formado	22	4,05%
De 4 a 5 anos de formado	11	2,03%
5Mais de 5 anos de formado	6	1,10%
Não-resposta	5	0,92%
TOTAL OBS.	543	100%

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Esta resposta quando estratificada pela variável “tempo de formado”, mostra que, entre os enfermeiros graduados a partir de 2000, 94,4% conseguiram emprego com menos de 1 ano de formado. Outra questão que deve ser destacada é o comportamento do tempo de inserção no primeiro emprego dos enfermeiros que se formaram na década de 80 (1980 a 1989). O único grupamento abaixo da média encontrada (85,6%) foi o dos graduados na década de 80.

Tabela 12 - Enfermeiros por tempo de inserção no primeiro emprego segundo ano de formatura. Brasil, 2005.

Com quanto tempo de formado conseguiu o primeiro emprego como enfermeiro?	Anterior a 1970		De 1970 a 1979		De 1980 a 1989		De 1990 a 1999		2000 e acima		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 1 ano de formado	7	87,5	78	86,7	153	78,1	117	88,6	101	94,4	456	85,6
1 ano de formado	0	0,0	5	5,6	19	9,7	8	6,1	3	2,8	35	6,6
De 2 a 3 anos de formado	0	0,0	1	1,1	15	7,7	4	3,0	1	0,9	21	3,9
De 4 a 5 anos de formado	0	0,0	4	4,4	4	2,0	1	0,8	2	1,9	11	2,1
Mais de 5 anos de formado	0	0,0	0	0,0	4	2,0	1	0,8	0	0,0	5	0,9
Não-resposta	1	12,5	2	2,2	1	0,5	1	0,8	0	0,0	5	0,9
Total	8	100,0	90	100,0	196	100,0	132	100,0	107	100,0	533	100,0

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Este achado pode ser confrontado com os dados do sistema educativo. Na década de 80 é que se observa uma baixa procura por cursos de graduação de enfermagem, enquanto que a partir de 2000 houve um crescimento expressivo da procura por esta graduação, o que permite estabelecer relação entre a escolha da profissão com a melhoria na perspectiva de conseguir emprego.

O fato de ter ou não pós-graduação não interfere no tempo em que o enfermeiro esperou para conseguir o primeiro emprego.

Tabela 13 – Enfermeiros por tempo de inserção no primeiro emprego, segundo referência de pós-graduação. Brasil, 2005.

Com quanto tempo de formado conseguiu o primeiro emprego como enfermeiro?	Fez curso de pós-graduação					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menos de 1 ano de formado	402	86,1	48	82,8	450	85,7
1 ano de formado	30	6,4	4	6,9	34	6,5
De 2 a 3 anos de formado	16	3,4	5	8,6	21	4,0
De 4 a 5 anos de formado	10	2,1	0	0,0	10	1,9
Mais de 5 anos de formado	6	1,3	0	0,0	6	1,1
Não-resposta	3	0,6	1	1,7	4	0,8
Total	467	100,0	58	100,0	525	100,0

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Trazemos alguns destaques obtidos em entrevistas.

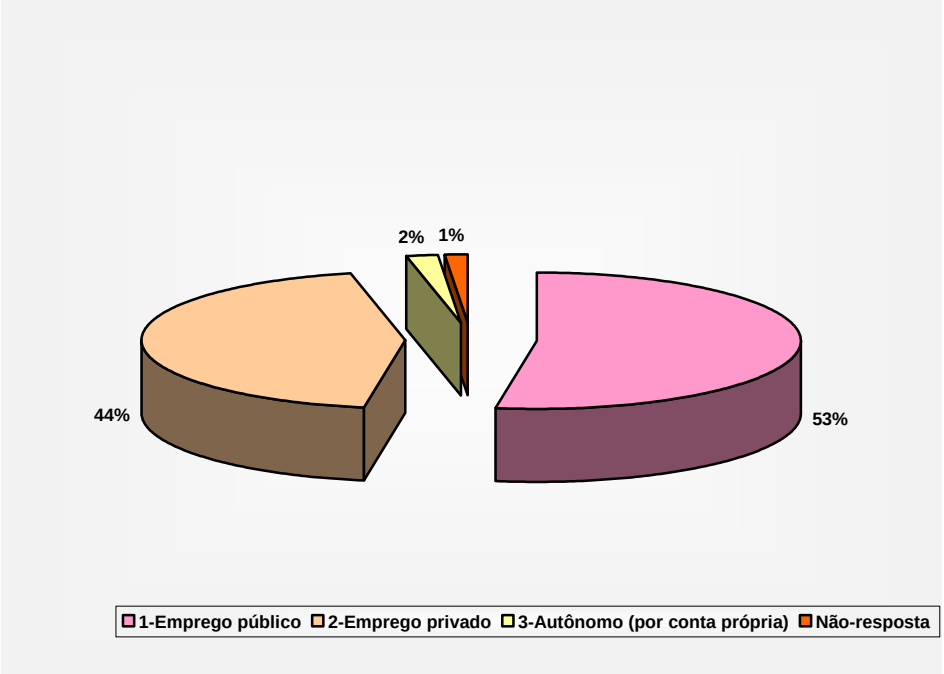
Empregabilidade do Enfermeiro

A Presidente do COREN-CE afirma que, no Estado, "os enfermeiros conseguem emprego logo que se formam". O Diretor de Fiscalização do COREN – SP diz que "não acredita que o enfermeiro tenha dificuldades de encontrar emprego, e, quanto mais é competente, mais fácil se torna encontrar um posto de trabalho no mercado". "O enfermeiro em Mato Grosso já está contratado antes de colar grau", afirma o presidente do COREN-MT. O Tesoureiro do COREN – AL diz que Alagoas importa enfermeiros de outros estados. Os dirigentes de Conselhos da Paraíba, Piauí e Distrito Federal, também declararam acreditar que o enfermeiro não tem dificuldade de encontrar emprego. Já, a Presidente do COREN - SC

observa que já percebe uma diminuição do emprego e uma tendência de migração de enfermeiros para a Itália.

A primeira atividade, como enfermeiro, declarada por 52,5% dos participantes foi no serviço público. Apenas 2% declaram a primeira atividade como autônomo. Entre enfermeiros que se formaram a partir de 2000, este percentual sobe para 57,9%.

Gráfico 15 - Enfermeiros segundo natureza jurídica da primeira atividade profissional. Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Quando indagados sobre o tempo que trabalham como enfermeiro, 24,9% declararam fazê-lo entre 12 e 20 anos e 30,6% entre 20 e 30 anos. Os enfermeiros com menos de 12 anos de atividade representam 29,4% do total.

Em relação ao número de empregos, 47,5% dos enfermeiros declararam ter um emprego; 39,4% (214) declararam ter dois e 9,6% três empregos. Os que

declararam ter mais de três empregos representam apenas 1,8% do universo pesquisado. Este achado apresentou inconsistência quando, no decurso das respostas, 237 (43,6%) participantes responderam as informações sobre o segundo emprego, contradizendo a informação inicial.

Tabela 14 – Enfermeiros segundo o número de empregos. Brasil, 2005.

Quantos empregos	No. cit.	Freq.
Um	258	47,51%
Dois	214	39,41%
Três	52	9,58%
Mais de três	10	1,84%
Não-resposta	9	1,66%
TOTAL OBS.	543	100%

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Pode-se observar, ainda, uma discreta diferença entre os participantes do evento da ABEn com os do COFEN, em relação ao número de empregos, como observado na tabela 15. Os respondentes que estiveram no Congresso da ABEn apresentam um percentual menor com duplo vínculo.

Tabela 15 - Enfermeiros por número de empregos segundo participação nos congressos da ABEn e do COFEN. Brasil, 2005.

Nº de empregos como enfermeiro	COFEN		ABEn		Total	
	n	%	n	%	n	%
Um	77	34,8	181	56,2	258	47,5
Dois	105	47,5	109	33,9	214	39,4
Três	30	13,6	22	6,8	52	9,6
Mais de três	3	1,4	7	2,2	10	1,8
Não-resposta	6	2,7	3	0,9	9	1,7
Total	221	100,0	322	100,0	543	100,0

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Procurou-se investigar, também, qual a principal atividade desenvolvida no trabalho. Obteve-se como resposta, em ordem de freqüência citada: ensino,

cuidado direto ao paciente hospitalizado e cuidado direto ao paciente ambulatorial. Acreditando-se que haveria uma diferenciação no perfil dos participantes dos dois congressos, visto que a ABEn congrega um grande número de enfermeiros vinculados às atividades de ensino, optou-se por fazer a tabulação, em separado, dos respondentes que participaram dos dois congressos. Pode-se observar que, mesmo com menor freqüência no Congresso do COFEN, o ensino é a atividade mais citada.

Tabela 16 – Enfermeiros por Atividade de Enfermagem exercida com mais Freqüência, segundo participação no Congresso do COFEN e da ABEn - Brasil, 2005.

Quais as principais atividades de enfermagem que você exerce com mais freqüência	COFEN		ABEn		Total N=543	
	n	%	n	%	n	%
Ensino	83	37,6	196	60,9	279	51,4
Pesquisa	23	10,4	101	31,4	124	22,8
Cuidado direto a paciente ambulatorial	72	32,6	56	17,4	128	23,6
Cuidado direto a paciente hospitalizado	78	35,3	86	26,7	164	30,2
Administração de setor e ou serviços de saúde	47	21,3	53	16,5	100	18,4
Administração e supervisão de enfermagem	37	16,7	41	12,7	78	14,4
Gestão no setor público de saúde	15	6,8	22	6,8	37	6,8
Trabalho na comunidade	37	16,7	29	9,0	66	12,2
Outra	8	3,6	3	0,9	11	2,0

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Ser o ensino a principal atividade citada pode ser explicada pelo *viés* da pesquisa, que já referimos, ou pelo fato de a natureza da atividade de ensino ter uma valorização diferenciada para a categoria. Vale ressaltar que, mesmo em atividades assistenciais, muitos enfermeiros fazem preceptoria de alunos, treinamento do pessoal auxiliar de enfermagem e atividades de educação em saúde. Entretanto, este estudo não foi capaz de responder de forma conclusiva a tal questão.

Em relação à renda global com o trabalho como enfermeiro, 52,7% declararam ganhos na faixa de R$ 2.000,00 a R$ 3.999,00, o que representa, em salários mínimos[56], de 6,6 a 13,3 salários. Tal valor está de acordo com os valores médios disponíveis nos dados da RAIS apresentados no capítulo anterior.

Tabela 17 – Enfermeiros segundo a renda total com o trabalho como enfermeiro. Brasil, 2005.

Renda total	No. cit.	Freq.
Menos de R$500	1	0,18%
De R$500,00 a R$999,00	4	0,74%
De R$1000,00 a R$1999,00	65	11,97%
De R$4000 a R$ 5999	0	0,00%
De R$2000 a R$ 3999	1	0,18%
De R$2000,00 a R$3999,00	286	52,67%
De R$4000,00 a R$5999,00	131	24,13%
Acima de R$6000,00	52	9,58%
Não-resposta	3	0,55%
TOTAL OBS.	543	100%

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

O “tempo de formado” parece influenciar o aumento da renda global. Observa-se que, os enfermeiros formados na década de 70 e na década de 80, respectivamente, 52,2% e 41,8%, indicam uma renda global acima de R$ 4.000,00. Já os que se formaram nos anos 90 e depois de 2000, cerca de 60% possuem renda entre R$ 2.000,00 e R$ 3.999,00. Este dado, como já apresentado, também é diferenciado pelo fato de ter ou não cursado uma pós-graduação.

[56] Considerado o salário mínimo nacional de R$300,00 vigente em novembro de 2005.

Tabela 18 – Enfermeiros por renda total com o trabalho de enfermeiro segundo ano de formação. Brasil, 2005.

Qual a sua renda total com o trabalho de Enfermeiro?	Anterior a 1970		De 1970 a 1979		De 1980 a 1989		De 1990 a 1999		2000 e acima		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Menos de R$999,00	0	0,0	1	1,1	1	0,5	0	0,0	3	2,8	5	0,9
De R$1000,00 a $1999,00	0	0,0	3	3,3	16	8,2	16	12,1	28	26,2	63	11,8
De R$2000,00 a $3999,00	1	12,5	38	42,2	97	49,5	80	60,6	65	60,7	281	52,7
De R$4000,00 a $5999,00	2	25,0	30	33,3	61	31,1	29	22,0	7	6,5	129	24,2
Acima de R$6000,00	5	62,5	17	18,9	21	10,7	5	3,8	4	3,7	52	9,8
Não-resposta	0	0,0	1	1,1	0	0,0	2	1,5	0	0,0	3	0,6
Total	8	100,0	90	100,0	196	100,0	132	100,0	107	100,0	533	100,0

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

A seguir, mostramos informações mais regionalizadas sobre a remuneração.

Remuneração média dos enfermeiros em alguns estados

- No Amazonas a remuneração está na média de R$1900,00. A prefeitura paga um pouco mais e o setor privado paga menos. Nas cooperativas de trabalho, que já são em torno de cinco, os enfermeiros ganham cerca de R$ 400,00 por plantão, existindo profissionais que chegam a receber R$12.000,00 por um mês.

- No Ceará o Estado paga em torno de R$800,00 e a rede privada gira em torno de R$1.200,00. Existem várias cooperativas no Estado que pagam, em média, R$15,00 a hora trabalhada. Já para a docência as cooperativas pagam R$60,00 a hora.

- Em São Paulo o salário varia muito. Na rede privada está entre R$1.500,00 e R$4.000,00. Já no setor público o salário está entre R$1.200,00 a R$2.800,00.

- Na Paraíba os salários variam entre R$500,00e R$1.500,00 na rede privada e na rede Pública gira em torno de R$400,00. No PSF o salário está na faixa de R$2.000,00.

- No Espírito Santo o salário no PSF está na faixa de R$3.500,00. No setor público os salários variam entre R$1.200,00 e R$2.000,00. Já no setor privado a remuneração está em torno de R$1.000,00.

- No Piauí o setor privado paga em torno de R$2.400,00 e o setor público na faixa de R$2.000,00, sendo menor na capital. O melhor salário é pago pelo PSF.

- Em Mato Grosso o PSF é o maior empregador e o que mais bem remunera. Os salários variam de R$2.500,00a R$5.000,00. No setor privado os salários são mais baixos, variando entre R$800,00 a R$1.200,00, mas, podendo chegar a R$2.500,00. O Estado paga em torno de R$2.700,00 por 30 horas. Já no Município, esta faixa vai de R$1.200,00a R 1.500,00. No interior o salário é menor.

- Em Alagoas o salário pago no PSF varia entre R$2.500,00 e R$3.000,00. No restante do setor público o salário está na faixa de R$1.800,00 e R$2.000,00, havendo gratificações para quem trabalha em urgência e emergência. O setor privado remunera menos, estando os salários entre R$800,00 e R$900,00.

- No Distrito Federal o salário no setor público varia entre R$1.200,00 chegando até R$6.000,00. No setor privado os salários estão entre R$1.200,00 a R$2.600,00. O PSF está pagando em torno de R$3.000,00.

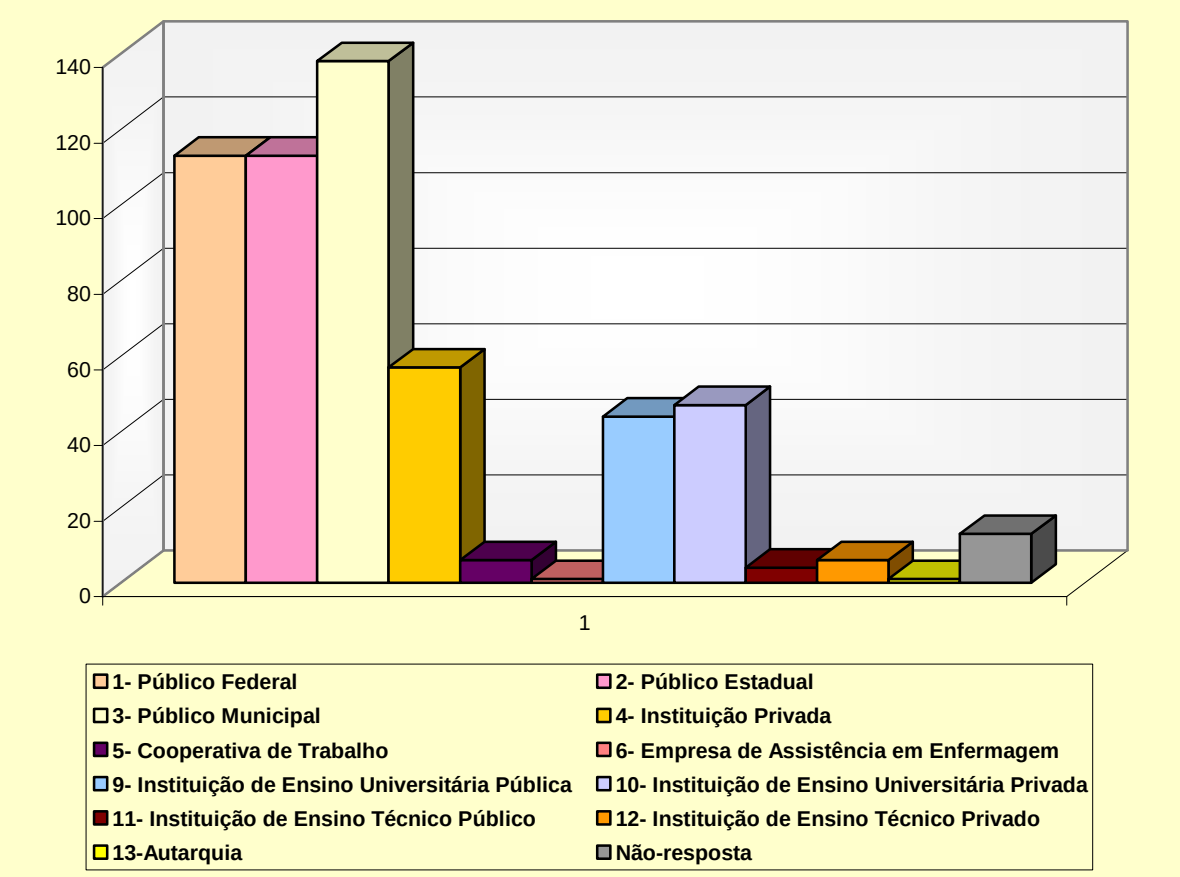
- Em Santa Catarina o salário no setor público está em torno de R$1.000,00, e no setor privado varia entre R$1.300,00 a R$2.500,00. No PSF o salário está em torno de R$3.000,00.

Para avaliar emprego, vínculo, atividade, regime de trabalho e remuneração, optou-se por adotar metodologia semelhante à utilizada no imposto de renda. Desta forma, investigou-se o emprego que confere a principal renda, o segundo emprego considerado mais importante e o terceiro, caso houvesse, separadamente.

Quando perguntado sobre o emprego que conferia a principal renda, 25,4% referiram o emprego público municipal, seguido, com o mesmo percentual (20,8%), do emprego público federal e estadual. Em relação ao tipo de vínculo, 55,6% são compostos de funcionários públicos estatutários e 14,7% de celetistas. No emprego principal, 49,7% dos enfermeiros declararam rendimentos na faixa de R$2.000,00 a R$3.999,00. A principal atividade desenvolvida foi, em ordem de freqüência, ensino/pesquisa e rede básica de saúde/PSF (21,9% e 21,2% respectivamente). Neste conjunto, 61,1% trabalham como diaristas e 56%

cumprindo 40 horas semanais[57]. Cabe ressaltar que não foi considerada no instrumento de coleta de dados, diferenciação entre horas contratuais e horas efetivamente trabalhadas.

Gráfico 16 - Enfermeiros segundo tipo de emprego da principal renda. Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Observa-se nesta questão, também, uma diferenciação entre os enfermeiros que participaram dos dois congressos. Enquanto predominou o emprego público municipal nos enfermeiros que freqüentaram o Congresso do COFEN, o emprego federal foi o mais referido pelos congressistas da ABEn. Cabe

[57] Pelos dados da RAIS, 53% dos enfermeiros com vínculo formal cumprem de 31 a 40 horas semanais. (RAIS,2003).

destacar, ainda, que 23,9% dos enfermeiros participantes do Congresso da ABEn referiram como principal emprego “Instituição de Ensino Superior”.

Tabela 19 – Enfermeiros por principal emprego segundo participação nos congressos da ABEn e do COFEN. Brasil, 2005.

Qual o emprego que lhe assegura a renda principal?	COFEN		ABEn		Total	
	n	%	n	%	n	%
Público Municipal	78	35,3	60	18,6	138	25,4
Público Federal	40	18,1	73	22,7	113	20,8
Público Estadual	55	24,9	58	18,0	113	20,8
Instituição Privada	24	10,9	33	10,2	57	10,5
Instituição de Ensino Universitária Privada	5	2,3	42	13,0	47	8,7
Instituição de Ensino Universitária Pública	9	4,1	35	10,9	44	8,1
Cooperativa de Trabalho	5	2,3	1	0,3	6	1,1
Instituição de Ensino Técnico Privado	2	0,9	4	1,2	6	1,1
Instituição de Ensino Técnico Público	0	0,0	4	1,2	4	0,7
Empresa de Assistência em Enfermagem	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Autarquia	1	0,5	0	0,0	1	0,2
Não-resposta	2	0,9	11	3,4	13	2,4
TOTAL	221	100,0	322	100,0	543	100,0

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

O tempo de formado também modifica a configuração do emprego no que tange à renda principal. Nos que se formaram entre 1970 e 1979, 35,6% indicaram o emprego público federal; dos formados entre 1980 e 1989, 27% assinalaram o emprego público estadual; e os formados nos anos 90, e a partir de 2000, referiram, respectivamente, 40,9% e 39,3%, o emprego público municipal.

Tabela 20 - Enfermeiros por emprego principal segundo ano de formação. Brasil, 2005.

Qual o emprego que lhe assegura a RENDA PRINCIPAL?	Anterior a 1970		De 1970 a 1979		De 1980 a 1989		De 1990 a 1999		2000 e acima		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Público Federal	2	25,0	32	35,6	52	26,5	17	12,9	7	6,5	110	20,6
Público Estadual	1	12,5	18	20,0	53	27,0	23	17,4	16	15,0	111	20,8
Público Municipal	0	0,0	8	8,9	29	14,8	54	40,9	42	39,3	133	25,0
Instituição Privada	1	12,5	5	5,6	9	4,6	13	9,8	29	27,1	57	10,7
Cooperativa de Trabalho	0	0,0	0	0,0	2	1,0	4	3,0	0	0,0	6	1,1
Empresa de Assistência em Enfermagem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	0,2
Instituição de Ensino Universitária Pública	3	37,5	14	15,6	20	10,2	4	3,0	3	2,8	44	8,3
Instituição de Ensino Universitária Privada	0	0,0	8	8,9	23	11,7	11	8,3	5	4,7	47	8,8
Instituição de Ensino Técnico Público	0	0,0	0	0,0	3	1,5	0	0,0	1	0,9	4	0,8
Instituição de Ensino Técnico Privado	1	12,5	1	1,1	0	0,0	2	1,5	2	1,9	6	1,1
Autarquia	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Não-resposta	0	0,0	4	4,4	4	2,0	4	3,0	1	0,9	13	2,4
Total	8	100,0	90	100,0	196	100,0	132	100,0	107	100,0	533	100,0

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Entre os enfermeiros respondentes, 43,6% indicaram possuir o segundo emprego (n=237); 24,5% estão em emprego público municipal; 23,2% em emprego público estadual; 14,3% em instituição privada e 11,0% tanto em emprego público federal quanto em instituição de ensino universitário privado. No segundo emprego, 40,5% são funcionários públicos estatutários; 19,8% por contratos de trabalho pela CLT, e somam 22,4% os contratos temporários e de prestação de serviço. A renda declarada por 48,5% no segundo emprego está na faixa de R$1.000,00 a R$1.999,00.

Neste vinculo predominam, também as atividades de ensino/pesquisa, seguida de atividades em hospital geral e rede básica de saúde/PSF. Em relação ao regime de trabalho, 60,8% trabalham como diaristas, com carga horária semanal de 30 horas (35,4%) e 20 horas (31,6%).

No universo pesquisado, 58 enfermeiros declararam possuir uma terceira situação. Neste grupo, 13,8% estão em instituições privadas e 12,1%, em emprego público municipal e, o mesmo percentual em cooperativas de trabalho. Os tipos de vínculos mais citados são, em ordem de freqüência: contrato temporário e funcionário público estatutário (22,4%), CLT (19,0%) e prestação de serviço (15,5%). Os rendimentos estão na faixa de R$500,00 a R$999,00 para 36,2% dos respondentes. Continuam predominando neste grupo as atividades de ensino/pesquisa (55,2%). Nele, 48% são diaristas e 51,7% trabalham 20 horas semanais.

Investigou-se a prática de assistência e a consulta particular de enfermagem, e apenas 6 e 5 enfermeiros ativos, respectivamente, responderam de forma afirmativa. Apesar de poder ser considerada uma questão peculiar ao Estado de Alagoas, o resultado obtido na pesquisa merece ser cotejado com a declaração do Tesoureiro do COREN do Estado, conforme apresentado a seguir.

Trabalho Autônomo em Alagoas

Em relação ao trabalho autônomo, considera ( )... "uma grande tendência no Estado". Exemplifica com o fato de a abertura da primeira casa de parto privada, trabalhando apenas com enfermeiros. Além disso, continua exemplificando que existem consultórios privados de enfermagem em obstetrícia com uma boa demanda. Relata que pesquisas realizadas no Estado demonstraram que o pré-natal feito por enfermeiros diminuiu os riscos para o parto. Afirma que 90% dos partos, atualmente, tiveram pré-natal realizado por enfermeiros, com diminuição dos riscos.

Quanto ao fato de exercer outra atividade fora da enfermagem, 12,3% do universo estudado tem outra atividade para complementar a renda. Neste conjunto (n=67), 40,3% declararam rendimentos na faixa de R$500,00 a R$999,00.

Outra questão pesquisada referiu-se ao fato de investigar o desemprego dos enfermeiros nos últimos três anos, onde 88,7% responderam negativamente. Dos 19 que declaram desemprego nos últimos três anos, 52,6% o delimitaram em menos de seis meses.

A pesquisa mostrou, também, que a maioria dos enfermeiros não acusou dificuldade em conseguir emprego, e não mudou de trabalho nos últimos dois anos.

Tabela 21 – Enfermeiros segundo dificuldades em encontrar emprego. Brasil, 2005.

Dificuldades de encontrar emprego	No. cit.	Freq.
Sim	19	3,50%
Não	410	75,51%
Não-resposta	114	20,99%
TOTAL OBS.	543	100%

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 22 – Enfermeiros segundo mudança de emprego nos últimos dois anos. Brasil, 2005.

Mudou de emprego nos últimos dois anos	No. cit.	Freq.
Nenhuma	390	71,82%
Uma	60	11,05%
Duas	21	3,87%
Três	6	1,10%
Mais de três	3	0,55%
Não-resposta	63	11,60%
TOTAL OBS.	543	100%

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

As principais razões apontadas para a mudança de emprego foram, em ordem de freqüência: insatisfação com o ambiente de trabalho (relações interpessoais), insatisfação salarial e insatisfação com as condições de trabalho.

Para enriquecer a discussão será apresentada, na seqüência, a opinião dos *atores qualificados,* que foram entrevistados sobre o emprego e os vínculos dos enfermeiros.

Percepção sobre emprego e vínculo

Na opinião do Presidente do COREN do Estado do Amazonas, o grande empregador é o setor público - estado e municípios (...) ainda predomina o emprego formal. (...) o Estado já apresenta sinais de tendência à flexibilização do trabalho, com constituição de cooperativas, que já são em torno de cinco. Existem cooperativas que já estão com 200 enfermeiros "associados", o que está representando, na atualidade, uma boa parcela do mercado. Não observa que haja uma tendência à prática liberal do enfermeiro.

Na percepção da Presidente do COREN-CE, o emprego formal está diminuindo, e já se observa o surgimento de modalidades mais flexíveis. Existem poucos concursos no Estado, assim como observa - se o funcionamento de várias cooperativas (declarou estar a frente e uma entidade representativa das mesmas). Identifica a existência de empresas de enfermagem no Estado, pertencentes aos enfermeiros.

Em São Paulo, (...) apesar do crescimento do número de cooperativas, ainda se considera como predominante o vínculo formal, havendo pouco trabalho precário.

Na Paraíba, de acordo com o ex-presidente do COREN, 60% dos graduandos vão trabalhar no PSF, sem carteira assinada, e são vinculados por contratos temporários. Acredita que cresce o trabalho precário. O Estado conta com uma cooperativa de trabalho.

No Espírito Santo não há cooperativa e o principal responsável pela flexibilização do trabalho é o setor público, que utiliza o contrato temporário como forma de vinculação para o PSF. (...) O SUS ampliou o mercado de trabalho dos enfermeiros, e (...) o enfermeiro tem mais espaço na saúde pública.

No Piauí, a Presidente do COREN aponta uma tendência de crescimento dos vínculos precários e a diminuição do emprego formal. Refere que a maioria dos vínculos é precário. Diz que no Estado não há cooperativas, mas apenas uma empresa de serviços de enfermagem. É muita pequena a prática do enfermeiro como profissional liberal. Afirma que atualmente muitos enfermeiros são donos de escolas.

Em Mato Grosso, o Presidente do COREN acredita que, em relação ao futuro do mercado, os bons permanecerão, e a maior parte dos técnicos e auxiliares está fazendo graduação. As formas de contrato para o PSF são pela CLT, ou por contrato temporário. Mas, acredita que no Estado, vendo o mercado como um todo, ainda predominam os vínculos formais. Diz que a prática de Home Care é baixa, sendo a Unimed responsável por um deles. Entretanto, informa o início de um novo tipo de atividade – empresas de consultoria. Contata-se, também, a existência de muitos enfermeiros auditores. Aponta que o SUS teve um impacto muito grande no mercado de trabalho. O PSF aumentou em muito a empregabilidade do enfermeiro.

No Estado de Alagoas já existem cooperativas de trabalho de enfermeiros que trabalham com Home Care. Entretanto, ainda predomina o vinculo formal. O setor público, hoje, é um importante empregador - "aumentou com concurso público". Considera que o impacto do SUS no mercado de trabalho é relativo, pois atribui um maior impacto ao PSF, que aumentou o emprego com vínculos formais.

No Distrito Federal, o enfermeiro tem boa empregabilidade e predomina o emprego formal. São poucas as cooperativas de trabalho, mas a prática de Home Care vem crescendo. Os enfermeiros que estão no PSF têm vínculos formais, ingressando através de seleção pública.

Em Santa Catarina (...) já se percebe uma diminuição do emprego e uma tendência de migração de enfermeiros para a Itália. No estado predomina o emprego com vínculo formal, seja por concurso público ou pela CLT. Afirma ser inexpressivo o trabalho de enfermeiros em cooperativas, e que existem cerca de quatro empresas de Home Care, cujos donos são enfermeiros.

A Presidente da ABEn Nacional indica como problema a tendência de precarização do trabalho do enfermeiro. Acredita que o enfermeiro vem sendo fortemente atingido pela flexibilização do trabalho. Avalia que o emprego formal vem diminuindo e que cresce o trabalho informal

Os resultados da pesquisa mostram que a precarização do trabalho não é um problema que afeta os enfermeiros. No emprego principal, 77,8% possuem vínculos formais. Nos que referiram o segundo emprego, 68,3% estão na mesma situação. Este quadro se diferencia para aqueles que declararam um terceiro emprego, entre os quais, 50% dos vínculos são: por contrato temporário, por prestação de serviço e por meio de cooperativa, ou seja, por vias informais.

O enfermeiro não vem sofrendo os efeitos da flexibilização do mercado de trabalho, pelo menos a flexibilidade alocativa, considerada por Fuentes (1997) uma variável de ajuste no mercado de trabalho, ou seja, absorção do excedente de trabalhadores pelo mercado informal, também chamada de flexibilidade dos custos do trabalho (LAGOS, 1994).

O estudo não pode detectar se vem ocorrendo uma flexibilização salarial. Entretanto, os achados podem dar pistas de que houve, ao contrário, uma elevação da faixa salarial, muito possivelmente atribuída à remuneração do enfermeiro no PSF.

Outra questão em que o estudo não foi conclusivo é relativa à ocorrência de flexibilidade numérica, com redução de horas trabalhadas (flexibilidade numérica interna). Porém, tanto os dados da RAIS, como os achados da pesquisa em relação à carga horária declarada, mostram que, no principal emprego mais de 60% cumprem 40 horas semanais, o que não é indicativo deste tipo de flexibilização. Pode ser constatado que o setor público é um importante empregador para os enfermeiros, e que o duplo vínculo é uma realidade atual, talvez, como medida compensatória para composição da renda.

Bloco 4 – A enfermagem e sua participação sócio-política – opinativas

O último bloco do questionário foi composto de questões opinativas e sobre a participação sócio - política do enfermeiro.

Foi indagado aos enfermeiros se estavam satisfeitos com seu exercício profissional. Responderam afirmativamente 75,7%, apontando como razão, em ordem de freqüência citada: realização profissional (60,6%) e vocação para a área do cuidado[58] ao ser humano (30,4%). Dos que responderam negativamente (n=109), atribuíram como razão o fato de trabalhar muito e não ser bem remunerado (54,1%) e ter de cumprir uma jornada de trabalho elevada (21,1%).

Já em relação às condições de trabalho a situação se inverte, pois 60,4% afirmaram não estar satisfeitos, principalmente por falta de infra-estrutura para o desempenho das atividades, por falta de recursos humanos e de recursos materiais.

Foram apontados como principais problemas que afetam a enfermagem no Brasil, em ordem de freqüência: baixos salários, condições de trabalho desfavoráveis ao exercício da profissão, conflitos no exercício da profissão decorrentes do relacionamento com outros profissionais da equipe de saúde e baixo reconhecimento social.

Sobre a atividade de enfermeiro observou-se que 58,7% consideram a atividade desgastante/estressante; 38,7% cansativa; 21,0% como um trabalho como qualquer outro e 8,6% consideram que a atividade prejudica a saúde.

Os resultados apresentados mostram que a maioria dos enfermeiros respondentes, além de não estarem satisfeitos com as condições de trabalho, o consideram como uma atividade desgastante/estressante e cansativa. Tais questões

[58] Codo, 1999 conceitua o cuidado como " uma relação entre dois seres humanos cuja ação de um resulta no bem estar do outro (p.53).

podem ser analisadas à luz dos achados da pesquisa realizada por Codo (1999) com profissionais da educação, para compreender o conflito entre o trabalho do professor na sua perspectiva qualificadora e transformadora, e as limitações impostas pela *práxis* na organização do trabalho na sociedade.

Esta dupla face paradoxal do trabalho pode também ser percebida na atividade do enfermeiro, talvez, até de forma mais veemente. O enfermeiro, enquanto um "cuidador", defronta-se com a contradição de um trabalho gratificante, prazeroso e transformador, e as limitações impostas a sua realização, pela própria organização do trabalho, institucionalizado e sujeito a regras contratuais. A gratificação advinda ocorre na medida em que o trabalho é *produzido* (prestado), pois tanto quem cuida quanto quem recebe o cuidado, usufruem relações de troca e de aprendizagem conjunta, (KUENZER, 2004). No caso do enfermeiro, como em algumas outras profissões da saúde, o trabalho se desenvolve em situações limítrofes, entre a vida e a morte, o sofrimento e a dor.

Codo também argumenta que a condição não material do trabalho do "cuidador" o submete a mais sofrimento, tornando-o vulnerável, ao que denominou de síndrome da desistência ou síndrome de *burnout*[59], situação que induz os trabalhadores a se submeterem às regras e às condições de trabalho nem sempre adequadas, e ainda justificam o sofrimento decorrente do trabalho.

> *A dor de um profissional encalacrado entre o que pode fazer e o que efetivamente consegue fazer, entre o céu de possibilidades e o inferno de limites estruturais, entre a vitória e a frustração; é a síndrome de um trabalho que voltou a ser trabalho, mas que ainda não deixou de ser mercadoria (ABICALIL,1999).*

A síndrome de *burnout* pode ser definida como uma reação à tensão emocional crônica de quem exerce atividade em contato direto e excessivo com

[59] Em português pode ser traduzida como "perder o fogo", "perder a energia" (CODO,op.cit)..

outros seres humanos, principalmente quando estes estão em situação considerada “problema”. Cuidar exige tensão emocional constante.

De fato, o enfermeiro e a equipe de enfermagem em geral podem ser objeto de estudos para a compreensão mais aprofundada desta síndrome, considerada uma doença ocupacional, se tomarmos os três componentes que envolvem seu conceito: a exaustão emocional, resultante do contato diário com os problemas alheios; a despersonalização, com atitudes negativas às pessoas destinatárias do trabalho; e a falta de envolvimento pessoal, que afeta a habilidade para desenvolver o trabalho. (CODO, op.cit.). Tais questões merecem estudos mais aprofundados para análises mais conclusivas.

No conjunto pesquisado, 91,2% afirmaram que o enfermeiro precisa de mais reconhecimento social, apontando como principal motivo o fato de qualquer membro da equipe de enfermagem ser chamado de enfermeiro (43%) e por não ser reconhecido como um profissional de nível universitário (28,5%).

Na opinião da maioria dos dirigentes entrevistados o reconhecimento social do enfermeiro vem aumentando, mas ainda há necessidade de maior visibilidade.

Reconhecimento Social do Enfermeiro

A Presidente da ABEn Nacional analisa que o enfermeiro tem conquistado mais legitimidade com o usuário e maior visibilidade para a população. Entretanto, apesar da necessidade do trabalho da enfermagem nos serviços de saúde, há pouco reconhecimento e valorização no sistema.

AM - o enfermeiro tem mais reconhecimento social, pois estão começando a se posicionar, necessitando, ainda, de maior visibilidade, dada há confusão na identificação do enfermeiro na equipe de enfermagem.

Ceará - percebe a enfermagem ainda com pouco reconhecimento social.

SP - O que menos motiva é o baixo reconhecimento profissional e a pouca valorização, aí se traduzindo nos salários.
PB - o principal problema para os enfermeiros é a falta de reconhecimento social, evidenciada pela contratação de técnicos e auxiliares ao invés de enfermeiros.
ES - o baixo reconhecimento social é o principal problema no trabalho do enfermeiro (...) "a sociedade não reconhece o enfermeiro".
P - aumentou muito o reconhecimento social do enfermeiro, principalmente no interior, e isso se deu em função do PSF.
AL - o reconhecimento social do enfermeiro aumentou, pois sua atuação reduziu a mortalidade infantil no Estado.
DF - aumentou o reconhecimento social do enfermeiro, que tem ampla participação nos programas oficiais da saúde e maior visibilidade.
SC - aumentou o reconhecimento social do enfermeiro, visto com um processo histórico.

Procurou-se identificar a percepção do enfermeiro sobre a influência do SUS no mercado de trabalho da categoria. Efetivamente, 48% acham que o SUS ampliou o mercado de trabalho e 30,6% opinaram que houve melhoria nas perspectivas profissionais.

Foram oferecidas assertivas sobre a profissão do enfermeiro em relação à autonomia. Opinaram, em ordem de freqüência: o enfermeiro vem aumentando seu grau de autonomia, usufruindo na atualidade da possibilidade de se estabelecer como profissão liberal; o enfermeiro tem grande autonomia para a execução das atividades de enfermagem, porém baixo poder decisório junto à equipe de saúde.

O caráter polissêmico do termo autonomia oferece formas diferenciadas de entendimento. Segundo a escola kantiana, que busca o sentido etimológico do termo, autonomia é a condição de o indivíduo determinar-se por si mesmo, segundo suas próprias leis, ou seja, mais além da capacidade de agir segundo a lei, portando a capacidade de definir a própria lei. (CATTANI, 1997)

Bobbio (1975) associa o termo autonomia à autogestão[60], aplicando-o à capacidade de uma série de entidades exercerem as próprias funções com amplo grau de independência do Governo central e, serem geridas por sujeitos indicados pela base de interesse. Com este sentido o termo autonomia pode ser empregado para designar processos de descentralização administrativa e governamental, como, por exemplo, foi observado com a implantação do SUS.

Freidson (1998), com base na sociologia das profissões, destaca a autonomia como a capacidade de determinada ocupação recortar um *abrigo* no mercado de trabalho, ou seja, de delimitar práticas de atuação como próprias e exclusivas de um determinado grupo profissional.

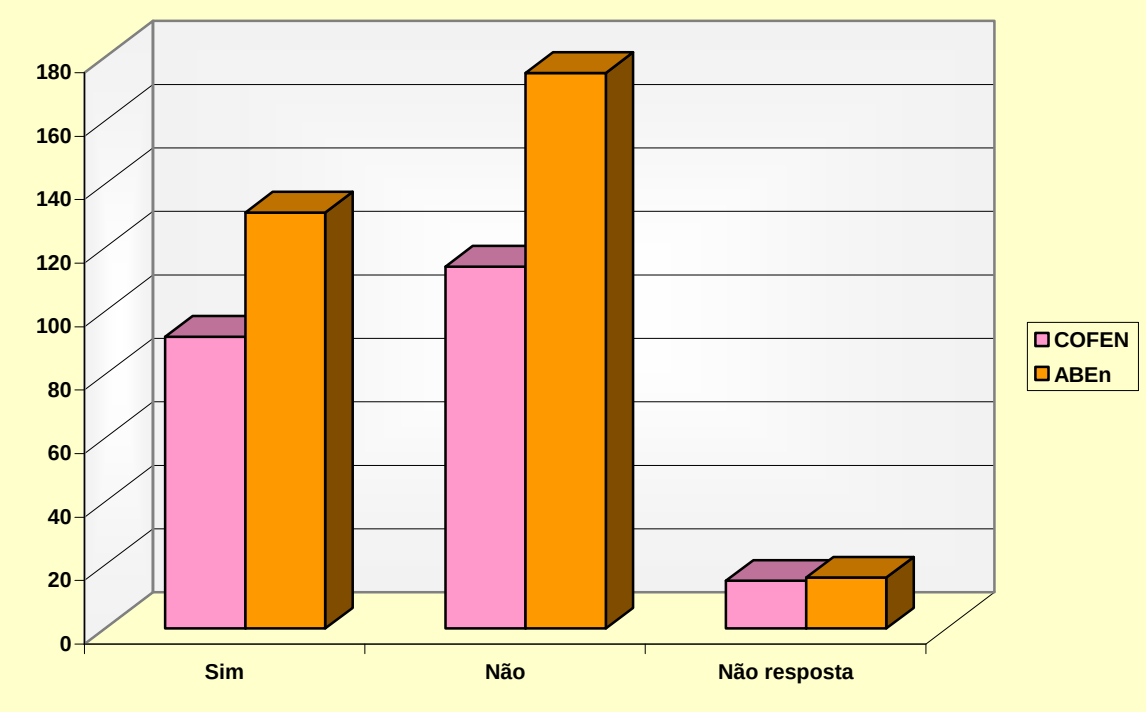
De acordo com Cattani (1997), o termo também pode ter significado explicado pela sociologia industrial e das organizações, bem como pelas teorias de administração de recursos humanos, no sentido de *autonomia do trabalho* como forma de ressaltar a capacidade do indivíduo de definir estratégias próprias no interior das empresas. Apesar de o autor considerar este sentido o mais empobrecido do termo, na medida em que se restringe aos pequenos espaços de intervenção no processo de trabalho, foi com ele que orientamos a questão para os enfermeiros.

> *A autonomia compõe o imaginário libertário e impulsiona, de forma espontânea ou induzida, as reivindicações e as práticas que se opõem às normas arbitrárias, às hierarquias opressoras e à racionalidade produtivista privada (CATTANI, op cit).*

O objetivo foi investigar como a categoria percebe seu grau de autonomia, e como o fato de ocupar posições institucionais com poder de comando e de tomada de decisão pode ser considerado um indicador para verificar esta condição. Assinale-se que 41,1% dos respondentes informaram exercer cargo de chefia.

[60] O termo é a tradução do inglês *self-government* , usado na Inglaterra como equivalente a *communal autonomy* (Bobbio, 1975).

Gráfico 17 - Enfermeiros em cargo de chefia segundo o congresso. Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Em termos da qualidade do cargo exercido não foi possível fazer uma agregação quantitativa, pela enorme diversidade de nomenclaturas pouco explícitas do cargo. À guisa de exemplo, observamos respostas intitulando cargos de coordenador ou de diretor, sem especificar a que se referiam.

Autonomia no Trabalho

A Presidente da ABEn Nacional considera que o enfermeiro tem baixa autonomia na equipe, principalmente no trabalho hospitalar. Avalia que o trabalho na saúde pública possibilita uma maior autonomia. Apesar de reconhecer que os enfermeiros vêm ocupando mais postos de direção, em sua opinião estes são cargos de gestão e não um posto de trabalho específico do enfermeiro, não sendo, portanto, um indicativo de aumento da autonomia da categoria.

AM - o enfermeiro vem ganhando autonomia e conquistando mais espaços, principalmente nos últimos 15 anos, pela atuação do presidente do COFEN. Na atualidade, a grande maioria dos dirigentes de unidades de saúde no Estado são enfermeiros. Mas, considera que ainda há subordinação na equipe.

CE - a autonomia do enfermeiro aumentou nos últimos 20 anos e que a categoria ocupa mais cargos de chefia, direção de unidades de saúde e muitos são gestores.
SP - o enfermeiro tem pouca autonomia, apesar de atualmente estar ocupando cargos de comando (Diretor de Hospitais, Secretários Municipais de Saúde e outros).
PB e SC - o enfermeiro hoje tem mais autonomia e ocupa mais cargos de chefia e de direção
PI - o principal problema apontado é a falta de autonomia, (...) "ainda quem manda são os médicos".
MT - aumentou a autonomia do enfermeiro, mas estão ocorrendo muitos problemas com a lei do ato médico. Tem havido, inclusive, tentativa de prisão dos profissionais. No Estado, atualmente, os enfermeiros ocupam mais cargos de chefia (gestores de SMS, direção de hospital, assessorias, etc). "O COFEN teve papel decisivo para firmar o enfermeiro em cargos de direção".
AL - a autonomia dos enfermeiros tem aumentado, tanto na capital como no interior (acha que aí ainda é maior). Apesar disso ainda avalia como baixa a autonomia do enfermeiro, pelas restrições na atuação. Aponta que, no Estado, os enfermeiros têm ocupado mais cargos de chefia e de gestão.
DF - os enfermeiros atualmente possuem mais autonomia, e atribui a isso a melhoria da qualidade do ensino da enfermagem, e graças à legislação. Considera que o SAMU tem sido um campo de trabalho que contribuiu para o aumento da autonomia.

Em relação ao que os enfermeiros consideram motivador na vida profissional, as duas questões mais assinaladas foram, em ordem de freqüência: boa remuneração e a prestação de bons serviços à população. Por outro lado, o que menos motiva o profissional, em ordem de freqüência citada, foi: a falta de reconhecimento e as precárias condições de trabalho.

A motivação pode ser compreendida como a energia que mobiliza e direciona um comportamento, sendo observada por condutas adotadas, impulsionadas por fatores que lhe serviram de estímulo (CATTANI, 1997).

A Administração Científica já se preocupava com os fatores motivacionais que levariam os trabalhadores à realização das tarefas com maior produtividade.

Taylor acreditava que as compensações econômicas teriam centralidade na explicação do estímulo ao trabalho.

Em oposição à Administração Científica encontra-se a Escola das Relações Humanas, que identifica os fatores psicológicos inerentes ao ser humano para compreensão dos aspectos motivacionais que, eivados de complexidade, não serem passíveis de explicação apenas pela via econômica. (...) *No comportamento humano, atitudes, valores e motivos são parte de um mesmo processo*. (McDAVID; HARARI, 1980).

Com tal visão foram desenvolvidas várias teorias que alicerçaram a área de Administração de Recursos Humanos. Chiavenato (1988) destaca algumas correntes teóricas que podem apoiar a área de RH e explicar os aspectos motivacionais. Em primeiro lugar, aponta a Teoria de Campo de Kurt Lewin, em que a interação do indivíduo com o ambiente psicológico pode ser percebida e interpretada de acordo com suas necessidades individuais. Objetos, pessoas ou situações podem adquirir *valências* positivas ou negativas em virtude da percepção do sujeito da satisfação, ou não, dessas necessidades.

Outra abordagem está descrita na Teoria da Dissonância Cognitiva de Festinger que, acentuando a racionalidade humana, parte da premissa de que o indivíduo busca estabelecer um estado de coerência com ele mesmo e com o ambiente a que está circunscrito. Quando se dá um conflito na cognição de si mesmo, ou com o ambiente, manifesta-se um estado de *dissonância*, que motiva o sujeito a buscar redução desta *inconsistência*, o que, segundo o autor, configura uma situação intolerável para o indivíduo.

Para explicar a motivação Maslow formulou o conceito de hierarquia de necessidades[61], escalonadas desde as mais primitivas (primárias) até as mais elaboradas (secundárias), como as de auto-realização. O homem, no curso de sua existência, transita entre elas, e, na medida em que umas vão sendo satisfeitas, outras se apresentam. As necessidades mais baixas requerem um *ciclo motivacional* mais rápido, enquanto as mais elevadas requerem um ciclo motivacional mais longo. (MOSCOVICI, 1985; CHIAVENATO op. cit.)

A teoria da motivação construída por Herzberg está alicerçada no ambiente externo e no trabalho do indivíduo. Para tal, destaca dois fatores como responsáveis pela motivação: os *higiênicos,* relacionados às condições que caracterizam o trabalho (que englobam desde condições físicas, relações inter-pessoais no trabalho, salário e políticas de emprego); e os *motivadores,* circunscritos ao conteúdo do cargo (liberdade de exercer discrição, uso pleno de habilidades, estabelecimento de objetivo, entre outros).

Enquanto os fatores *higiênicos* influenciam de forma limitada o comportamento dos empregados, os *motivadores*, quando plenos, elevam substancialmente a satisfação. (CHIAVENATO, 1988).

As teorias da escola das Relações Humanas, sobretudo as de Maslow e Herzberg, são criticadas pela sua limitação de análise, por serem centradas em percepções individuais que, na maioria das vezes, fogem ao controle dos administradores. Surgiram outras correntes que vêem na definição de metas organizacionais, conjugadas ao envolvimento e ao comprometimento dos trabalhadores, se intitulam como capazes de gerar estímulos motivacionais mais

[61] Maslow estabelece sua escala hierárquica de necessidades em: fisiológicas e de segurança (primárias), sociais, de estima e de auto-realização, classificadas como secundárias. (MOSCOVI, op.cit.).

efetivos. Ressaltam, também, a descentralização do processo decisório como um fator positivo na motivação (CATTANI,1997)

Chiavenato (1988) descreve, ainda, a Teoria Contingencial, desenvolvida por Vroom, para explicar a motivação. Entretanto, adverte que esta teoria restringe-se à analise da motivação para a produção. Vroom enumera três fatores que, conjugados, convertem-se em estímulos para a produção individual: objetivos pessoais do indivíduo relacionados à expectativa (dinheiro, satisfação no cargo, reconhecimento e trabalho interessante, entre outros); articulação entre a percepção da satisfação dos objetivos e alta produtividade (relacionados à recompensa) e, por fim, a percepção de sua capacidade de influenciar a própria produtividade, fenômeno que relaciona expectativa com recompensa.

As várias teorias desenvolvidas parecem não dar conta da magnitude da questão, aparentando insuficiência de abordagem ou fragmentação do objeto, na explicação dos meios de estimulação dos indivíduos para o desempenho de suas funções no trabalho. Imbricam-se questões de ordem pessoal, da órbita do desejo, da ética, do *accountability*[62] do profissional *vis a vis* o cliente cidadão, com outras relacionadas às condições do ambiente e da própria organização do processo de trabalho. Enfim, aspectos que ainda se apresentam como desafios para os gerentes das organizações de saúde.

Os aspectos motivacionais no trabalho não estavam colocados no foco central desta pesquisa, mas de forma subjacente para a compreensão dos elementos que estimulam o enfermeiro no trabalho. Neste sentido, podemos destacar dois grupos de elementos considerados como motivadores; um afeto às questões materiais de subsistência decorrentes do trabalho (como a recompensa

[62] Ver sobre o tema em Campos, Anna Maria, Accoutability: quando poderemos traduzi-la para o português? Revista de Administração Pública V24 n2 fev/abr 1990 p.30-49.

financeira e a empregabilidade) e outro, ligado aos aspectos de auto-realização (como o reconhecimento e o respeito profissional).

Agrupando as opiniões extraídas das entrevistas, temos o seguinte quadro:

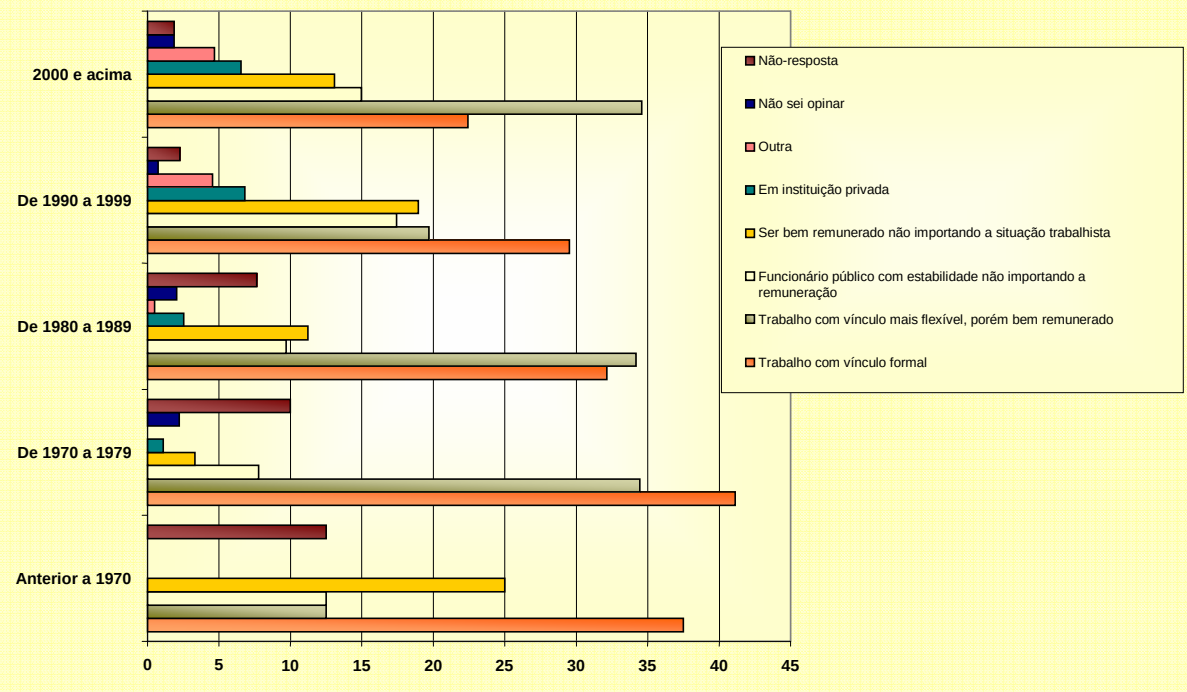
Motivação	
O que motiva:	***O que desmotiva:***
-a aspiração de ser um profissional liberal respeitado e com prestígio social. Ser enfermeiro pode representar para muitos a possibilidade de mobilização (ascensão) social. . "O enfermeiro quer prestígio"	*- a desvalorização econômica, que também traduz outras formas de desvalorização*
- a oferta de empregos, empregabilidade	*- a carga horária e os baixos salários*
- o salário	*-a falta de autonomia*
- a paixão pela profissã	*-a falta de reconhecimento social*
- aboa formação	*-as barreiras para o desempenho das atividades (lei do ato médico e outras).*
	-precárias condições de trabalho

Procurou-se investigar as modalidades de vínculos de trabalho que poderiam ser atraentes à categoria. As opiniões se dividiram, principalmente, entre trabalho com vínculo flexível e bem remunerado (29,8%), e trabalho com vínculo formal (27,4%). Entretanto, 12,9% preferiram a vinculação de funcionário público com estabilidade, e 12,7% à boa remuneração, não importando a situação trabalhista.

Supondo poder haver diferença de opinião entre os enfermeiros com mais tempo de formação e os recentemente graduados, estratificamos a resposta por esta variável. Observa-se que, entre os formados depois de 2000, 34, 6% preferem

trabalho com vínculo flexível, desde que bem remunerado e, entre os que se graduaram na década de 70, 41,4% optam por trabalho com vínculo formal.

Gráfico 18 - Percentual de enfermeiros por preferência de vínculo segundo ano de formatura. Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

No universo investigado, 51% dos enfermeiros consideram a lei do exercício profissional como facilitadora da atuação na profissão.

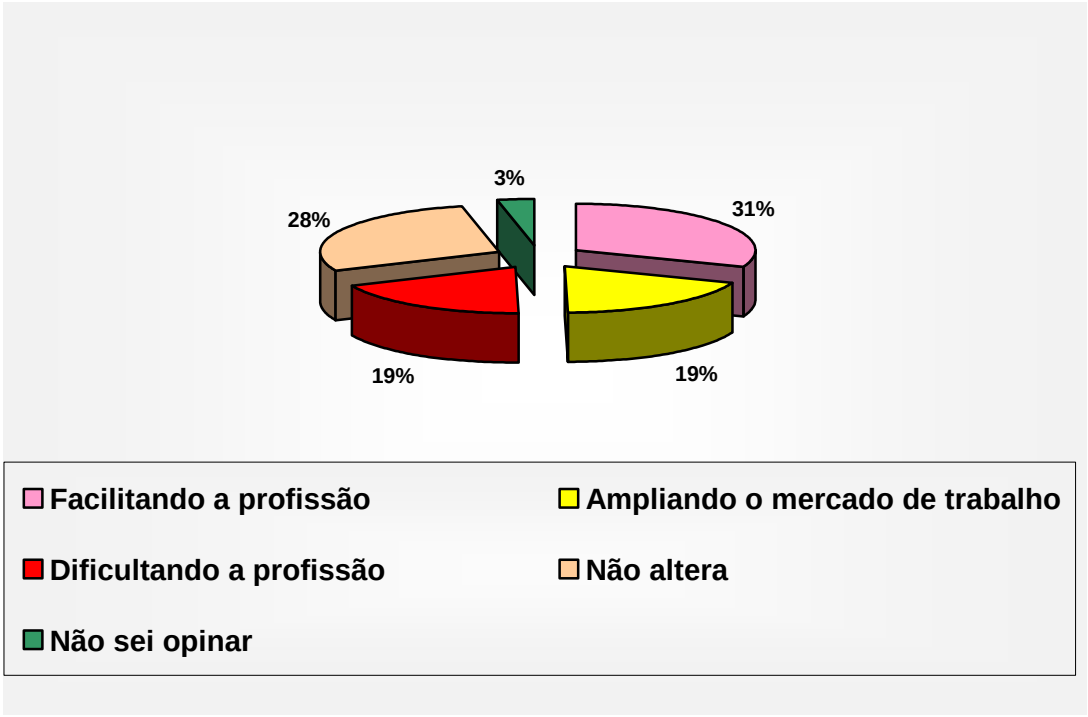
Tabela 23 – Enfermeiros segundo interferência da legislação do exercício profissional. Brasil, 2005.

A legislação do exercício profissional interfere:	Fi	%	TOTAL
Facilitando a profissão	263	48,4	543
Ampliando o mercado de trabalho	98	18,0	543
Dificultando a profissão	59	10,9	543
Não altera	81	14,9	543
Não conheço	12	2,2	543

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Já em relação à fiscalização dos Conselhos de Enfermagem, 31% consideram-na positiva no que tange à atuação profissional, e 28% acham que não interfere.

Gráfico 19 - A Fiscalização do Conselho de Enfermagem segundo a opinião dos enfermeiros. Brasil, 2005.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Ao analisar esta resposta estratificada, considerados os dois eventos, observa-se uma inversão na freqüência das respostas. Para 42,1% dos participantes do congresso do COFEN, a fiscalização do órgão facilita a profissão, enquanto para os enfermeiros que estiveram no evento da ABEn, 27,3% apontam a fiscalização do COFEN obstaculizadora da profissão, e 33,2% expressam opinião de indiferença ante tal atuação.

Tabela 24 – Enfermeiros por interferência da legislação do exercício profissional segundo participação nos congressos da ABEn e COFEN. Brasil, 2005.

A fiscalização dos Conselhos de Enfermagem interfere:	COFEN		ABEn		Total	
	n	%	N	%	n	%
Facilitando a profissão	93	42,1	72	22,4	165	30,4
Ampliando o mercado de trabalho	60	27,1	40	12,4	100	18,4
Dificultando a profissão	17	7,7	88	27,3	105	19,3
Não altera	43	19,5	107	33,2	150	27,6
Não sei opinar	6	2,7	11	3,4	17	3,1

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tal fato não surpreende, face a atual dissonância entre as duas instituições, o que autoriza inferir que, nos dois congressos, os participantes comungam com as orientações doutrinárias de seus pares.

Por fim, no próximo tópico, apresentam-se algumas considerações abalizadas pela análise dos resultados, que poderão contribuir para configurar o mercado de trabalho do enfermeiro na atualidade, e apontar as possíveis tendências desse segmento.

Considerações finais

A configuração atual do emprego: sinais e tendências

O interesse pela área de recursos humanos já me acompanha por 20 anos de vida profissional. Agregar a experiência acumulada no trabalho durante este período com a atenção que dispenso à enfermagem como um todo e, em especial, aos enfermeiros, categoria a qual pertenço, foi a conjugação que impulsionou e me entusiasmou, tanto na escolha do tema, quanto no desenvolvimento da pesquisa. Além disso, a percepção de haver, ainda, lacunas na análise do mercado de trabalho dos enfermeiros sedimentou a decisão da realização do trabalho.

Na introdução deste estudo foram apresentadas algumas questões que representavam a minha inquietação e os pontos em que não encontrava resposta no conhecimento produzido até então. Retomarei, na parte conclusiva do trabalho, os questionamentos e as indagações suscitadas na ocasião.

> Como se configura o mercado de trabalho dos enfermeiros diante do crescimento das taxas gerais de desemprego? O que está ocorrendo particularmente com o emprego para os enfermeiros? A tendência geral de terceirização está afetando a categoria? Quais são as formas de vinculação verificadas para estes profissionais? O emprego formal e assalariado está em declínio? A aspiração da categoria em relação ao trabalho está pendendo para o emprego formal com estabilidade, ou para as formas mais flexíveis e mais bem remuneradas?

Tentarei, com base nos dados apresentados no capítulo IV, responder tais questões, conscientes da limitação da pesquisa em oferecer extensas generalizações. Ainda assim, os resultados, quando articulados, podem oferecer subsídio para opiniões mais conclusivas sobre o propósito a que nos dedicamos.

Começo pela questão do desemprego. Vimos, no segundo capítulo que as taxas de desemprego aberto vêm crescendo no Brasil, e que há consenso tratar-se de tendência mundial. Outrossim, constatamos que o setor de serviços, em especial o setor

saúde, ostentou na década de 90, crescimento do emprego, tanto no setor público como no privado, e, que a implementação do SUS desempenhou um importante papel em tal expansão (DEDECCA, 2001). A ocorrência de crescimento setorial não é suficiente para garantir o pleno emprego para os profissionais deste ramo de atividade, mas representa um indicativo importante para a análise.

Outra questão que pode apoiar a análise é a própria característica da saúde, enquanto setor intensivo de mão de obra, ou seja, a introdução de inovação tecnológica não é substitutiva do trabalho humano, gerando, pelo contrário, com certa freqüência, a criação de novas ocupações e o aumento de postos de trabalho. Tal característica coloca o setor em situação diferenciada no mercado de trabalho em geral, onde se verifica uma relação conflituosa entre inovação tecnológica *versus* desemprego[63].

O cenário já é, de certa forma, favorável para a empregabilidade do enfermeiro. Os achados da pesquisa mostram que, entre os respondentes apenas 1% se declarou desempregado. O dado pode estar influenciado pelo *viés* da pesquisa, pois, em princípio, pessoas desempregadas não priorizam a participação em congressos.

Todavia, o estudo mostrou que 85,3% do universo informado conseguiram o primeiro emprego com menos de um ano de conclusão da graduação e, com até um ano, 91,9% dos enfermeiros já estavam ocupados. Os dados mostram, ainda, que entre os enfermeiros graduados a partir do ano 2000, 94,4% conseguiram emprego antes de completar um ano de formação.

As entrevistas realizadas com *quadros de destaque* da corporação nos estados, distribuídos por todas as regiões, corroboram este achado. Vimos que em alguns deles os enfermeiros são contratados mesmo antes de colar grau.

---

[63] Mattoso, 1999 argumenta que não se pode estabelecer esta relação de linearidade entre introdução de tecnologia e desemprego e que o assunto merece análise mais cuidadosa (p.32-34).

Procurou-se detectar a ocorrência de desemprego nos últimos três anos na categoria. Verificou-se que 88,7% não estiveram desempregados no período, e dos 19 que informaram tal condição, 52,6% assinalaram período inferior a seis meses. A pesquisa mostrou, ainda, que 75,5% dos enfermeiros não enfrentaram dificuldades para obter uma colocação.

Outro resultado que merece destaque é relativo à rotatividade no emprego. Dos respondentes, 71,8% não haviam mudado de trabalho nos dois últimos anos. Destaque-se, ainda, o fato de cerca de 40% dos enfermeiros possuírem mais de um emprego.

Se associarmos tais resultados com as informações de oferta do sistema educativo, que em 2004 alcançou a marca de 50 mil vagas de graduação ocupadas, refletindo um aumento expressivo da procura por esta graduação, arriscamo-nos a afirmar que **não existe desemprego** estrutural para enfermeiros no país.

Contrariando o discurso dominante, influenciado por fatos conjunturais observados na década de 90, onde a utilização de formas alternativas de contratação de pessoal, principalmente no setor público, incentivou uma espécie de "modismo" em nome de uma maior eficiência gerencial, verifica-se, pelos resultados apresentados, a reversão de tal tendência no que concerne ao mercado de trabalho dos enfermeiros. Reforçando ainda mais a voz corrente, as limitações impostas pelo aparato legal fizeram com que gestores públicos se valessem de mecanismos de terceirização para burlar os ditames legais.

Tal cenário, observado na década passada, começa a dar sinais de inflexão, tanto pelas ações do Ministério Público impondo a regularização da situação dos trabalhadores no setor, quanto pelas orientações do Ministério da

Saúde, que vêm estimulando a adoção de mecanismos de desprecarização do trabalho no SUS.

De fato, a pesquisa constata a existência de 77,8% de vínculos formais no emprego assinalado como principal pelos participantes. Entre os que referiram segundo emprego, 68,3% apresentam a mesma situação. Tais achados, agregados às condições de emprego verificadas neste segmento, reforçam a convicção da inexistência de flexibilização.

Para Fuentes (1997), a migração de trabalhadores para o setor informal é resultado do custo de ajuste da economia, ou seja, dos efeitos deletérios do processo de reestruturação produtiva no mercado de trabalho, constatados pelo aumento da taxa aberta de desemprego. A flexibilização do mercado é considerada uma *variável de ajuste* para minimizar os impactos do *custo de ajuste*. Assim, em não havendo desemprego, o mercado de trabalho do enfermeiro não está sujeito à flexibilização laboral decorrente da informalidade, nem tampouco a formas precárias de trabalho.

Algumas experiências, como as que vêm acontecendo no Amazonas, indicam que cooperativas de enfermeiros estão atraindo profissionais, inclusive de outros estados, acenando com a possibilidade de ganhos acima do mercado. Entretanto, tal situação deve ser analisada como questão residual, não podendo ser generalizada nem apontada como tendência para o mercado.

Neste sentido podemos, também, correr o risco de afirmar que a **flexibilização** do mercado de trabalho e a **precarização** do emprego **não constituem agravo que afete o mercado laboral** dos enfermeiros. Na verdade, o trabalho formal e no âmbito público, é a principal característica deste mercado.

A perspectiva de obter rendimentos mais atrativos faz com que os recém graduados prefiram vínculos mais flexíveis e mais bem remunerados. Já os que têm mais de 30 anos de formado optam por vínculos formais e estáveis, o que guarda coerência com a proximidade da aposentadoria.

Ainda resta por discutir a repercussão para o mercado de trabalho do enfermeiro, nos próximos anos, caso seja mantida a tendência ascendente de ingressantes nos cursos de graduação. Vimos que contaremos nos próximos dois anos, considerando uma taxa de evasão de 30% e considerando para o cálculo o número de ingressantes a partir do ano de 2001, com cerca de mais 99 mil enfermeiros no mercado de trabalho.

Não se pode dizer que o país não necessita de enfermeiros, haja vista a relação *per capita* de 0,6 enfermeiros por 1000 habitantes[64]. Dados do Boletim da União Européia[65] mostram contrastes entre os países do Norte daquele continente com os países da Península Ibérica, a Grécia e o Reino Unido. Enquanto os do Norte apresentam relação de mais de 10 enfermeiros para cada 1000 habitantes, nos outros referidos a relação *per capita* é inferior a 5 por 1000 habitantes. Portugal está envidando esforços para atingir, pelo menos, o patamar de cinco por 1000. Mesmo considerando a enfermagem como um todo, o Brasil ainda se situa abaixo desta marca.

Entretanto, o cenário brasileiro merece ser observado e acompanhado, tanto do ponto de vista quantitativo (pelo impacto do aumento da entrada no mercado de trabalho) quanto do ponto de vista qualitativo (pelo desempenho do pessoal formado). Tais questões vêm exigindo a adoção de medidas regulatórias

[64] Cálculo realizado com base nos dados do COFEN de 2006 e a projeção da população para este ano.
[65] Eurotrials, Boletim Informativo nº 5 junho de 2001.

para o setor educacional, que visem assegurar a qualidade dos concluintes da graduação de enfermagem.

Pode-se pensar em algumas tendências para o futuro do mercado de trabalho do enfermeiro. Em primeiro lugar, aumentando a oferta poderá ocorrer uma redução do preço do trabalho no mercado. A competitividade aponta para a necessidade de elevar a qualificação da força de trabalho, *via* alternativas de pós-graduação. O aumento da oferta de enfermeiros poderá diminuir as oportunidades no mercado de trabalho para técnicos e auxiliares.

A graduação de enfermagem parece ser uma alternativa de ascensão social e profissional para os componentes da equipe de enfermagem. Estudos mais específicos sobre o perfil dos graduandos de enfermagem poderão oferecer instrumentos para complementação de uma análise prospectiva para este mercado de trabalho.

Discutimos, no transcurso deste estudo, o panorama internacional de migração de enfermeiros, revelando como sua ocorrência pode levar à situação crítica um grande número de países em desenvolvimento. O Brasil, pelas barreiras do idioma, ainda não apresenta dados expressivos que indiquem correntes migratórias de enfermeiros. Estudo realizado por Vieira (2005) aponta que o país tem registro de 513 imigrantes trabalhando na enfermagem. Entretanto, não se tem informações sobre a saída de enfermeiros para outros países. Vieira segue apontando que, a continuar o ritmo de expansão da graduação de enfermagem, o Brasil poderá ser referido como um “celeiro” para estes recursos humanos.

Esta perspectiva de inserção no mercado internacional talvez ainda não tenha sido vislumbrada pelos dirigentes de estabelecimentos de ensino superior de enfermagem, sobretudo do segmento privado, que poderiam para agregar atributos

a seus cursos, oferecer formas complementares nos currículos, com disciplinas de idiomas estrangeiros, possibilitando a preparação do aluno no transcorrer da graduação, com vista a sua inserção no mercado internacional.

Finalmente, este estudo, apesar de não ser conclusivo, e de sua limitação para generalizações, pode elucidar questões, até então tomadas como problemas no trabalho do enfermeiro, deduzidas de suposições reflexivas do mercado de trabalho em geral. O estudo refere ainda a necessidade de novas pesquisas no campo da formação, no de fluxos migratórios, de perfil de enfermeiros e da equipe de enfermagem, bem como do mercado de trabalho de técnicos e auxiliares, que possam vir a complementar a análise e contribuir para o debate.

Referências

ABICALIL, C. A. Prefácio. In: CODO, W. (coord.) **Educação: carinho e trabalho**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.13.

ABRAMZÓN, M. C. Argentina: situação dos recursos humanos em saúde. In: OPAS. **Recursos humanos em saúde no Mercosul.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. p. 47 – 74.

ALMEIDA, C. Crise econômica, crise do Welfare e reforma sanitária. In: GERSCHMAN S.; VIANNA M. L. W. (Org.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 177 - 200.

ANAND, S.; BAERNIGHAUSEN, T. **Human resources and health outcomes.** USA: JLI WORKING Paper 7-2. dec 2003. 14 p.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000. 258 p.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez Ed. e UNICAMP, 2002. 200 p.

ANTUNES, R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo de trabalho. In: **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPJV/ FIOCRUZ, v. 1, n. 2, p 229 – 237, set 2003.

BACH, S. Human resources and new approaches to public sector management: improving human resources management capacity. In: FERRINHO, P.; DALPOZ, M. (Org) **Towards a global health workforce strategy**. Geneve: OMS, 2003. p. 105-146.

BENJAMIN, C. **Desemprego em uma abordagem teórica:** notas sobre neoclássicos, Keynes e Marx. Disponível em: <http://www.desempregozero.org.br/artigos/desemprego_em_uma_abordagem_teorica.pdf>. Acesso em: 23 out 2004.

BOBBIO, N. **Dicionário de Política.** Brasília: UNB, v. 1, 1995. 666 p.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do Humano - compaixão. 8ª ed. Petrópolis: Ed Vozes, 1999. p. 107-126.

BÓGUS,L.; PAULINO, A.Y. (Org). **Políticas de emprego, políticas de população e direitos sociais**. São Paulo: EDUC, 1997. 250 p.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BRASIL. **O exercício da enfermagem em instituições de saúde do Brasil - 1982/1983**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, COFEN/ABEN, v. 1, 1985. 236 p.

BRASIL. **O exercício da enfermagem em instituições de saúde do Brasil - 1982/1983**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, COFEN/ABEN, v. 2, 1985. 165 p.

BRASIL. **Constituição Brasileira de 1988**. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/CCIVIL/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 19 maio 2004.

BRASIL. Banco Central do Brasil. **Relatório de inflação**. Brasília, v. 7, n. 3, set. 2005. Disponível em: <http://www.bcb.gov.br/htms/relinf/port/2005/09/ri200509cap.pdf>. Acesso em: 3 ago 2004.

BRASIL. Ministério do trabalho e emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**. Brasília. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/>. Acesso em: 21 set 2005.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista:** a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980. 379 p.

BRUNHOFF, S. **A hora do mercado**: crítica do liberalismo. Tradução Álvaro Lorencini. São Paulo: Editora UNESP, 1991. 182 p.

BUCHAN, J.; KINGMA, M.; LORENZO, F. M. **International migration of nurses: trends and policy implications.** Geneva (Switzerland): International Council of Nurses. Disponível em: <http://www.icn.ch/global/Issue5migration.pdf>. Acesso em: 8 abr 2005.

CACCIAMALI, M.C. Proceso de Informalidad y Sector Informal: reexamen de una discusión. In: **Rev. Venez. de econ. y ciencias sociales.** Caracas: VZ, v. 6, n. 3. p. 95-110. 2000.

CAMARGO, J.M. Flexibilidade e produtividade do mercado de trabalho brasileiro. In: CAMARGO, J.M. (org) **Flexibilidade do mercado de trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, p 11-45,1996.

CAMARGO, J.M. (org) **Flexibilidade do Mercado de Trabalho no Brasil**. Ed. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro. 1996. 244 p

CAMPOS, A. M. Accoutability: quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**. v. 24, n. 2, p. 30- 49, fev/abr. 1990.

CARLEIAL, L.; VALLE, R. (org) **Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil**. São Paulo: HUCITEC-ABET. 1997. 507p.

CARVALHO, A. C. de. Antecedentes históricos. In: CARVALHO, A. C. de. (Org.). **Documentário**. Brasília: ABEN, p. 3-19, 1976.

CARVALHO, F. J. C. Mercado, estado e teoria econômica: uma breve reflexão. **Econômica**, Niterói, v. 1, n. 1, p. 9-25, 1999.

CATTANI, A. D. (org) Trabalho e tecnologia. **Dicionário crítico**. Petrópolis: Ed Vozes; Porto Alegre: Ed Da Universidade. 1997. p.292.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**. Ed. compacta. São Paulo: Atlas. 1988. p. 40 – 59.

CHRISTOFARO, M. A. A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. de (Org.). **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU.** Natal, RGN: Ministério da Saúde/OPAS/UFRN - Editora da UFRN, 1999. p. 185 – 213.

COMMONWEALTH Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers , Adopted at the Pre-WHA Meeting of Commonwealth Health Ministers 2003, Geneva on Sunday 18 May 2003. Disponível em: <http://www.thecommonwealth.org/shared_asp_files/uploadedfiles/{7BDD970B-53AE-441D-81DB-64C37E992A} _CommonwealthCodeofPractice.pdf>.

CODO, W. **Educação: carinho e trabalho**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. Disponível em: <http://www.portalcofen.org.br>. Acesso em: 23 jun 2004.

DAL POZ, M. R.; VARELLA, T. C. Recursos humanos em saúde no Brasil: políticas e problemas. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES R. A W. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil nos anos 80.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABRASCO, IMS-UERJ, 1994. p. 193-207.

DAL POZ M. R.; VARELLA T. C. Estudos de condições de formação e exercício profissional em saúde no Brasil. In: OPAS, **Recursos humanos em saúde no Mercosul.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. p. 75 – 106.

DEDECCA, C. S. **Brasil, o novo governo e o desenvolvimento social,** 2004 mimeografado em pdf. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/cdedecca_governoedesenvolvimentosocial.pdf?PHPSESSID=cf66c46ceafe0fdb87092a63800ece02>. Acesso em: 7 out 2004.

DEDECCA, C. S. **Crescer sem mercado interno forte e sem uma distribuição de renda menos concentrada será um verdadeiro milagre**. 2004. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/cdedecca_distribuicao_de_renda_principios_2004.pdf?PHPSESSID=0fa5584dd4e17f4e230ce9616df59c9d>. Acesso em: 7 out 2004.

DEDECCA, C.S.; PRONI, M.W.; MORETO, A . O trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI. B.; GIOVANNI,G**. Brasil: radiografia da saúde.** 2001. p. 175-216.

DOMENICO DE MASI (org). **A Sociedade pós Industrial**. 3ª ed. São Paulo: Editora SENAC, 2000. 443 p.

ELLU. Disponível em: <http://www.ellusaude.com.br>. Acesso em: 9 set 2004.

EUROTRIALS, Saúde em Mapas e Números. **Boletim Informativo**. Portugal, n. 5, jun. 2001.

FERRAZ, C. A.; NAKAO, J. R. S.; MISHIMA, S. M. **Tendências do mercado educativo da enfermagem.** 2003. Trabalho inédito.

FERREIRA, C. G. Reestruturação produtiva e mudanças nas relações de trabalho e emprego. In: Seminário relações de trabalho no MERCOSUL. Minas Gerais: NET/PUC, 1999.

FILGUEIRAS-RAUCH, M. J. **As novas formas de emprego atípicas**: reflexões sobre o caso alemão. 2000. Disponível em: <http://www.dgct.mts.gov.pt/estudos_emprego.htm>. Acesso em: 3 de agosto de 2004.

FREIDSON, E. **La profesión médica:** Un estúdio de la sociologia del conocimiento aplicado. Barcelona: Ed. Península,1978.

FREIDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais.** ano 11, n. 31. jun 1996.

FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo**. Tradução Parcionik, Celso Mauro. São Paulo: EDUSP, 1998. 280 p.

FREIDSON, E. **Professionalism:** the third logic on the pratictice of knowledge. The Universsity of Chicago. 2001.

FUENTES, M.R. Setor Informal e Reestruturação Produtiva: uma alternativa de emprego nos anos 90? In: CARLEIAL,L.,VALLE,R. (org) **Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil.** São Paulo: HUCITEC-ABET, 1997, p 357- 374.

GARCIA, M. G. P. **O real dilema entre inflação e crescimento.** 2005. Disponível em: <http://www.econ.puc-rio.br/Mgarcia/Artigos/Artigos%20Valor/050415%20Real%20dilema.pdf>. Acesso em: 15 abr 2005.

GIRARDI, S. N. Flexibilização dos Mercados de Trabalho e escolha. Questões Contemporâneas de Recursos Humanos no SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro: CEBES, nº 14, p. 23-32, ago.1996.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. **Formação**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, n. 6, p. 15 – 35, 2002.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L**.** Mercado de Trabalho e Regulação das Profissões de Saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L.D.(org.) **Recursos Humanos em Saúde-Política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas: Unicamp, 2002. p. 221-251.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Contratação e qualidade do emprego do programa de saúde da família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al (org.) **Observatório de recursos**

humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 157 – 190.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Configurações do Mercado de Trabalho dos em Saúde no Brasil. In: FALCÃO, A. et al (org.) **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. v. 2, p. 121-137.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/retrospectiva_pme.pdf>. Acesso em: 30 jun 2005.

JOINT LEARNING INITIATIVE. **Human Resources for Health: Overcoming the crisis.** Communications Development Incorporated in Washington, DC, 2005, 217 p.

JURUÁ, C. V. **As previsões para o novo ano de 2006.** Disponível em: <http://www.desempregozero.org.br/artigos/as_previsoes_para_o_novo_ano_de_2006.php>. Acesso em: 2 ago 2004.

KUENZER, A. Z. Sob reestruturação produtiva: enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. In: **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPJV/ FIOCRUZ, v. 2, n. 1, p 107- 119, mar. 2004.

LAGOS, R. A. Qué se entiende por flexibilidad del mercado de trabajo? **Revista de la CEPAL**, n. 64, p. 81-95, dic. 1994.

LARSON, M. S. **The rise of profissionalism:** a sociological analysis. LosAngeles: University of California Press. 1977.

LEOPARDI, M. T. (org) et al. **O processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa Livros. 1999. 126 p.

MACHADO, M. H. Sociologia de las Profesiones: un nuevo enfoque. In: **Educacion médica y salud**. Washington: OPS, v. 25, n. 1, 1991.

MACHADO, M. H. (org.) **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1995. 193 p.

MACHADO, M. H. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, v. 1, 146 p.

MALVÁRES, S. M. **Panorama de la fuerza de Trabajo em Enfermería em América Latina**. Washington: OPS . Serie Desarrollo de Recursos Humano, n. 39, 2005. 69 p.

MARTINS, M. I. C. **A transição tecnológica na área da saúde:** desafios para a gestão de recursos humanos. 2002. 176 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

MARTINEZ, J.; MARTINEAU, T. **Human resources in the health sector**: an international perspective. Disponível em: <http://www.healthsistemsrc.org.> Acesso em: 8 ago 2004.

MATTOSO, J. **O Brasil desempregado:** como foram destruídos 3 milhões de empregos no Brasil nos anos 90. Brasília, DF: Ed. Fundação Perseu Abramo, 1999. 48p.

MCDAVID, J.W.; HARARI, H. **Psicologia e Comportamento Social**. Rio de Janeiro. Editora Interciência, 1980. p.91-92.

MÉDICI, A. C. et al. **Aspectos conceituais e metodológicos sobre força de trabalho em saúde no Brasil.** Ministério da Saúde/OPAS/UFRN, Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde CADRHU, NATAL: Editora da UFRN, 1992.

MÉDICI, A.C. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil:** estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1992. 95p.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Ed. Casa da Qualidade, 2001.

MERCER, H. Et al. Human Resources for health: developing policy options for change. In: FERRINHO, P.; DALPOZ, M. (Org) **Towards a global health workforce strategy**. Genève: OMS, 2003. p. 451- 482.

MESTRADO dobra renda do trabalhador. Folha de São Paulo, São Paulo, 16 jan 2006. Editoria Dinheiro. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/noticias/gd160106.htm>. Acesso em: 16 jan 2006.

MIRANDA, C. M. L. **O risco e o bordado:** Um estudo sobre formação de identidade profissional. 1996. 209 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

MISHIMA, S. M. **A baixa demanda aos cursos de enfermagem:** um perfil da profissão traçado pelos jovens. 1990. 215 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

MISHIMA, S. M. Demandas por cursos de enfermagem no estado de São Paulo, Brasil: a década de 80. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 4, n. 2, 1998.

MOORE, W. **The Professions**: roles and rules. New York: Russel Sage Foundation, 1970.

MOSCOVIC. F. **Desenvolvimento Interpessoal**. Rio de Janeiro. 3ª ed. Livros Técnicos e Científicos Editora, 1985. p.58-72.

MOVIMIENTOS profesionales y migración: preguntas e esenciales. International council of nurses. Disponível em: <http://www.icn.ch/CareerMovesMigEsp.pdf.> Acesso em: 19 jul 2004.

NARASIMHAN, V. et al. **Responding to the global human resources crisis**. v. 363. THE LANCET. Disponível em:<http:// www.thelancet.com>. Acesso em: 1 maio 2004.

NERI, M.; CAMARGO, J. M.; REIS, M. C. **Mercado de trabalho nos anos 90:** fatos estilizados e interpretações, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0743.pdf>. Acesso em: 2 ago 2004.

NETO, J. M. et al. Características regionais do emprego de enfermagem no Brasil: 1995 – 2000. In: **Formação,** Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, n. 6, p. 71 – 92, 2002**.**

NOGUEIRA, R. P. **O processo de produção de serviços de saúde**. s/d. Mimeografado.

NOGUEIRA, R. P. A Força de Trabalho em Saúde. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro: Editora da FGV, v.17, n.3, p. 61-70, jul/set. 1983.

NOGUEIRA, R. P. Mercado de trabalho em saúde: conceitos e medidas. **Educación médica y salud.** Washington, DC, v.20 n. 4, p. 524-532, 1986.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectiva da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA, R. P.; SANTANA, J. P. Gestão de recursos humanos e reformas do setor público; tendências e pressupostos de uma nova abordagem. **Workshop on global health workforce strategy.** Annecy, França, dez. 2000. Mimeografado.

NSW Health Department. **The NSW Framework for Maternity Services**. 2000. 99 p. Disponível em: <http://www.health.nsw.gov.au>. Acesso em: 17 jun 2005.

NSW Minister for Health. **NSW Nursing Workforce**. NSW, Austrália. 2000.89p. Disponível em:<http://www.health.nsw.gov.au>. Acesso em: 17 jun 2005.

OIT, **Employment, income and equality:** a strategy for increasing employment in Kenya, Ginebra.1972

OFFE, C. **Capitalismo desorganizado -** Transformações Contemporâneas do Trabalho e da Política. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1989. 156 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL. Enfermeiros espanhóis em Portugal: quantos são e quanto tempo por cá ficam? Disponível em: <http://www.enfermeroenportugal.com/emfermeroenportugal/trabajoportugal/datosordem/ordem.pdf>. Acesso em: 20 jul 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Enfermeiros: um panorama crítico a nível mundial. Disponível em: <http://ordemenfermeiros.pt/index.php?page=44&highlight=180#highlight45>. Acesso em: 20 jul 2004.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1969. 131p.

PEREIRA, L. C. B. **Economia formal e economia política**, 1970. Apostila para o curso de economia da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getulio Vargas, ECON-L-19. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1970/90-EconomiaFormal&EconomiaPolitica.pdf>. Acesso em: 13 out 2004.

PEREIRA, L. C. B. **Ortodoxos e histórico-institucionalistas**. Comentário ao paper de Tony Lawson, "The nature of heterodox economics", apresentado no X Encontro nacional da sociedade brasileira de economia política, Campinas, 2005. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Works/SmallPapers/14.Lawson-Ortodosx&Historico-Institucionalistas.pdf>. Acesso em: 13 out 2004.

PIERANTONI, C. **As reformas do estado, da saúde e recursos humanos:** limites e possibilidades. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 6, n. 2, p. 341 – 360, 2001.

PIERANTONI, C.; VARELLA, T. C. Classificação Brasileira de Ocupações 2002: perspectivas para análise do mercado de trabalho em saúde com o foco na enfermagem. In: **Formação**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, n. 6, p. 55 - 69, 2002.

PIERANTONI, C.; FRANÇA, T.; VARELLA, T. C. Evolução da oferta de profissionais médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. In: FALCÃO, A. et al (org) **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 279 – 292.

PIERANTONI, C.; FRANÇA, T.; VARELLA, T. C. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: FALCÃO, A. et al (org) **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, v. 2, p. 51-70.

PIERANTONI, C. R.; PORTO, S. M. Estudo sobre formas contratuais dos agentes comunitários de saúde (ACS): modalidades e alternativas de contratação. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH saúde**. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF. Vol.3, N.º1. 2006.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998. 253 p.

POCHMANN, M. Políticas de emprego e renda no Brasil: algumas considerações. In: BOGUS, L.; PAULINO, A.Y. (org.) **Políticas de emprego, políticas de população e direitos sociais** . São Paulo: EDUC, 1997. p. 29-46.

POCHMANN, M. **Traços gerais do movimento de desestruturação do mercado de trabalho brasileiro.** Anais do Encontro Nacional de Economia. Recife. 1997.

POCHMANN, M. **O emprego na globalização:** A nova divisão internacional do trabalho e os caminhos que o Brasil escolheu. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002. 151 p.

POLANYI , K. **A grande transformação** - as origens de nossa época. Wrobel Fanny Tradução, Rio de Janeiro: Editora Campus Ltda, 1980.

PORTES, A. Los determinantes de la emigracion profesional. **Revista paraguaya de sociologia**. Asunción, año 14, n. 39/40, 1997.

PORTUGAL, M. S.; GARCIA, L. S. Notas sobre o desemprego estrutural no Brasil. In: CARLEIAL, L.; VALLE, R. (org) **Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil.** São Paulo: HUCITEC-ABET, 1997.

REICH, R. B. **O futuro do sucesso:** equilíbrio entre trabalho e qualidade de vida. São Paulo: Editora Manole, 2002. 315 p.

REVOL, R. **Perspectivas para o trabalho**. Disponível em: <http://www.ufba.br/~revistao/04revol.html>. Acesso em: 25 set 2004.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2001. 174 p.

SAY, J. B. **Wikipédia: enciclopédia livre**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Lei_de_Say>. Acesso em: 16 jan 2005.

SILVA, J. de S.; BARBOSA, J. L. **O sentido do trabalho Informal na construção de alternativas socioeconômicas e o seu perfil no Rio de Janeiro.** Disponível em: **<**http://www.iets.inf.br/biblioteca/O_sentido_do_trabalho_informal_na_construcao_de_alternativas_socioeconomicas_e_o_seu_perfil_no_RJ.PDF>. Acesso em: 23 out 2004.

SILVA JUNIOR, O. C. **PAN – Padrão Anna Nery:** A instituição da identidade profissional da enfermeira no Brasil. 2000. 178 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: Reflexões. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D.(org) **Recursos Humanos em Saúde-Política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas: Unicamp. IE, 2002. p. 275-285.

SINAIS de mercado de trabalho em saúde. **Observatório Nescon**. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/epsm/interna.php?c=sinais>. Acesso em: 10 ago 2005.

SOUZA, D. B; SANTANA, M. A.; DELUIZ, N. **Trabalho e educação:** centrais sindicais e reestruturação produtiva no Brasil. Rio de Janeiro: Quartet, 1999. 196 p.

SOUSA, G. M. **O piso da atenção básica como elemento consolidador da gestão descentralizada na área da saúde.** UNB, Núcleo de Pesquisa em Políticas públicas, 2002. Disponível em: <http://www.unb.br/ceam/np3/monografias/georgimar_martiniano.pdf>. Acesso em: 7 out 2004.

TAUILE, J. R. **Para (re)construir o Brasil contemporâneo:** trabalho, tecnologia e acumulação. Rio de Janeiro: Contraponto, 2001. 224 p.

TEIXEIRA, M. **Desenhos alternativos de incorporação e gestão do trabalho médico na SMS do Rio de Janeiro:** as experiências dos hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho. 1999. 139 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.

VARELLA, T. C. **Especialização médica em serviços de saúde:** um estudo da residência médica no Instituto de assistência médica da previdência social. 1996. 101p. Dissertação (Mestrado). ENSP. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996.

VIEIRA, A. L. S.; SILVA, M. T. N. Pessoal de enfermagem no Brasil e evolução da formação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 13 – 20, 1994.

VIEIRA, A, L. S. **Os enfermeiros nos países do Mercosul:** estudo comparado da (i)mobilidade profissional no mercado de trabalho em saúde. 1998. 227 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

VIEIRA, A. L. S. Empregabilidade dos enfermeiros no Brasil. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.6, suplemento n. 1, p. 65 - 74, 2002.

VIEIRA, A. L. S. et al. **Tendências do mercado educativo no Brasil:** medicina, enfermagem e odontologia. 2004. Trabalho inédito.

VIEIRA, A. L. S; GARCIA, C. L. L. M; SILVA, C. A. Imigrantes no Brasil: O Caso da Enfermagem. In: Anais do 8^0 Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. Maceió-Alagoas: COFEN, 24 a 28 out 2005.

VUJICIC, M. et al. **The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries.** Department of Human Resources for Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com>. Acesso em: 2 ago 2004.

WILENSKY, H. L. The Professionalization of Everyone? In: GRUSKY, O.; MILLER G. (org.) **The sociology of organizations**: Basics Studies. New York: The Free Press, 1970.

Apêndice A

Instrumento de coleta de dados

Carta aos Enfermeiros

Prezados Colegas,

A Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, coordenada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, está realizando uma pesquisa sobre mercado de trabalho dos enfermeiros, estudo que integra as atividades previstas no Plano Diretor desta estação.

Assim pedimos a colaboração de todos no preenchimento do questionário, ora distribuído, sem o qual não será possível a conclusão do trabalho. Cabe esclarecer que o questionário não é identificado, ficando, deste modo, resguardada a privacidade dos dados pessoais coletados.

Lembramos que o estudo sobre mercado de trabalho do enfermeiro será fundamental como subsídio para o desenvolvimento de políticas tanto no campo da saúde com também no do trabalho e da educação, em um momento em que se verifica expansão de postos de trabalho e de oferta de cursos de graduação.

Certos de contar com o apoio de todos e confiante em uma categoria que tem demonstrado grande participação e compromisso com o desenvolvimento científico, agradecemos antecipadamente o empenho.

Estaremos com local no evento devidamente sinalizado para receber os questionários preenchidos bem como esclarecer qualquer dúvida que possa ser suscitada.

Atenciosamente

Estação de Trabalho IMS/UERJ
Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Instruções de Preenchimento

Observe as instruções apresentadas a seguir antes de aplicar o questionário.

1. As informações deverão ser registradas a tinta.
2. Observe o fluxo das questões.
3. Observe que há questões em que existe a possibilidade de marcar mais de uma alternativa, nesse caso assinale com **"X"** até quantas forem indicadas.
4. Não deixe nenhuma questão em branco, exceto quando o fluxo indicar salto de questões.
5. Obrigado por sua colaboração.

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO

1. **Sexo:** 1☐ M 2☐ F
2. **Ano de nascimento:** (_____)
3. **Nacionalidade:** 1☐ Brasileira 2☐ Estrangeira - País?_____
4. **Naturalidade:** ☐ (sigla do estado)
5. **Você é principal responsável pela manutenção da casa?**
   1☐ Sim 2☐ Não
6. **Estado onde reside** ☐ (sigla)
7. **Município em que reside** _____
8. **Município em que trabalha** _____

BLOCO 2 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL

- **GRADUAÇÃO:**

1. Estado em que se graduou: _____

2. Faculdade ou Escola de enfermagem:
1☐ Pública 2☐ Privada

3. Ano de conclusão: _____

4. Realizou estágio extra-curricular durante a graduação?
1☐ Sim 2☐ Não

4.1. Que tipo?
1☐ Acadêmico bolsista
2☐ Iniciação científica
3☐ Bolsista de extensão
4☐ Outro: _____

5. Fez curso de técnico ou auxiliar de enfermagem antes da graduação em enfermagem? *Em caso positivo, responda à questão 5.1.*
1☐ Sim 2☐ Não

5.1. Exerceu a ocupação de técnico ou auxiliar?
1☐ Sim 2☐ Não

6. Fez outra graduação? Em caso positivo, responda às questões 6.1 e 6.2.
1☐ Sim 2☐ Não

6.1. Qual a graduação?

1☐ Ciências biológicas
2☐ Fisioterapia
3☐ Fonoaudiologia
4☐ Medicina
5☐ Odontologia
6☐ Nutrição
7☐ Biomedicina
8☐ Farmácia
9☐ Educação física
10☐ Outra_____

6.2. Ano de conclusão: _____

7. Fez Habilitação? Se a resposta for negativa avance para o próximo item.

1☐ Sim 2☐ Não

7.1. Ano de conclusão: _____

7.2. Área

☐ Saúde Pública
☐ Médico Cirúrgica
☐ Obstetrícia
☐ Licenciatura

7.3. Instituição:

1☐ Pública 2☐ Privada

- **PÓS-GRADUAÇÃO:**

1. Fez curso de pós graduação?

1☐ Sim 2☐ Não (***Em caso negativo, passe para a pergunta nº 2***

Pós-Graduação	Área *	**Instituição**	**País**	**Concluído**
☐ 1. Residência Ano:	N.º Código:☐☐☐ ☐Outra. Especifique: _____	☐Pública ☐Privada	☐Brasil ☐Outro: _____	☐Sim ☐Não ☐Em curso
☐ 2.Especialização Ano:	N.º Código:☐☐☐ ☐Outra. Especifique: _____	☐Pública ☐Privada	☐Brasil ☐Outro: _____	☐Sim ☐Não ☐Em curso
☐ 3. Mestrado Ano:	N.º Código:☐☐☐ ☐Outra. Especifique: _____	☐Pública ☐Privada	☐Brasil ☐Outro: _____	☐Sim ☐Não ☐Em curso
☐ 4. Doutorado Ano:	N.º Código:☐☐☐ ☐Outra. Especifique: _____	☐Pública ☐Privada	☐Brasil ☐Outro: _____	☐Sim ☐Não ☐Em curso
☐ 5.Pós-Doutorado Ano:	N.º Código:☐☐☐ ☐Outra. Especifique: _____	☐Pública ☐Privada	☐Brasil ☐Outro: _____	☐Sim ☐Não ☐Em curso

**** Área/Especialidade: Ver tabela com os códigos na página nº 16***

2. Aprimoramento profissional:

2.1 Tem acesso a Computador/Internet?
1☐Sim 2☐não

2.2. Tema de Interesse: *Assinale com um X até 3 opções*

1☐ Saúde Pública
2☐ Saúde Coletiva
3☐ Clínica
4☐ Cirurgia
5☐ Obstetrícia
6☐ Educação
7☐ Saúde da Família
8☐ Saúde da Criança
9☐ Saúde do Adolescente
10☐ Saúde da Mulher
11☐ Saúde do Adulto
12☐ Saúde do Idoso
13☐ Saúde do Trabalhador
14☐ Outro_____

3. Há dificuldades em realizar aprimoramento profissional? **Em caso afirmativo, responda à questão 3.1**

1☐Sim ***2☐Não***

3.1 Por que motivo PRINCIPAL? *Assinale com um X apenas 1 opção*

1☐ Alto custo dos livros e revistas científicas
2☐ Alto custo dos eventos científicos
3☐ Falta de material de estudos no trabalho
4☐ Falta de programa de treinamento no trabalho
5☐ Falta de tempo
6☐ Encargos familiares
7☐ Falta de apoio institucional
8☐ Dificuldade ao acesso ao computador
9☐ Dificuldade ao acesso a internet

4. Que modalidade de aprimoramento profissional gostaria de fazer?
Assinale com um X até 2 opções

1☐ Nenhuma
2☐ Curso de aperfeiçoamento (com menos 360 horas)
3☐ Trabalhar ou estagiar em outra instituição
4☐ Cursos no exterior
5☐ Especialização
6☐ Mestrado
7☐ Doutorado

BLOCO 3 – MERCADO DE TRABALHO

1. Qual sua situação de trabalho atual?

1☐ Ativo (exercendo a profissão de enfermeiro)
2☐ Aposentado
3☐ Desempregado
4☐ Afastado
5☐ Abandonou a profissão

1.1.Se respondeu a opção quatro (AFASTADO) ou cinco (ABANDONOU A PROFISSÃO) da pergunta anterior, qual o principal motivo?

Assinale com um X em apenas 1 opção

1☐ Salário baixo
2☐ Vínculo empregatício precário
3☐ Insatisfação com as condições de trabalho (exceto salário)
4☐ Insatisfação com as condições de infra-estrutura (instalações e equipamentos)
5☐ Razões pessoais e familiares
6☐ Insatisfação com as condições de desenvolvimento profissional (aprimoramento)
7☐ Problemas de saúde
8☐ Outros

1.2. Se respondeu a opção três (DESEMPREGADO) da pergunta nº.1, qual o principal motivo?

Assinale com um X em apenas 1 opção

1☐ Falta de acesso à informação sobre vaga de emprego
2☐ Poucos concursos públicos
3☐ Pouca oportunidade na área em que está habilitado
4☐ Falta de requisitos profissionais para a área do emprego (especialização)
5☐ Não domínio de língua estrangeira
6☐ Não domínio de informática
7☐ Falta de emprego em tempo parcial
8☐ Falta de emprego para pessoas de 40 anos ou mais
9☐ Discriminação racial
10☐ Discriminação religiosa
11☐ Outros_____

Observação *- Só continuar a responder o questionário se tiver marcado a opção 1 -* ***ATIVO****. (exercendo a profissão de enfermeiro)*

2. Com quanto tempo de formado conseguiu o primeiro emprego como enfermeiro?

1☐ Menos de 1 ano de formado
2☐ 1 ano de formado
3☐ 2 – 3 anos de formado
4☐ 4 – 5 anos de formado
4☐ Mais de 5 anos de formado

2.1. Sua primeira atividade profissional foi:

1☐ Emprego público
2☐ Emprego privado
3☐ Autônomo (por conta própria)

3. Há quanto tempo você trabalha como enfermeiro?

1☐ Menos de 1 ano
2☐ 1 - 3 anos
3☐ 4 - 7 anos
4☐ 8 - 11 anos
5☐ 12 - 20 anos
6☐ 20 - 30 anos
7☐ Mais de 30 anos

4. Quantos empregos como enfermeiro você tem?

1☐um 2☐dois 3☐três 4☐mais de 3

6. Quais as principais atividades de enfermagem que você exerce com mais freqüência

Assinale com um X até 2 opções

1☐ Ensino
2☐ Pesquisa
3☐ Cuidado direto a paciente ambulatorial
4☐ Cuidado direto a paciente hospitalizado
5☐ Administração de setor e ou serviços de saúde
6☐ Administração e supervisão de enfermagem
7☐ Gestão no setor público de saúde
8☐ Trabalho na comunidade
9☐ Outra: _____

6. Qual a sua renda total com o trabalho de Enfermeiro?

1 ☐ Menos de R$500
2 ☐ de R$500,00 a R$999,00
3 ☐ de R$1000,00 a R$1999,00
4 ☐ de R$2000,00 a R$3999,00
5 ☐ de R$4000,00 a R$5999,00
6 ☐ Acima de R$6000,00

OBS: Para as perguntas 7, 8, 9 responda apenas se o seu vínculo de trabalho for como ENFERMEIRO

7. Qual o emprego que lhe assegura a RENDA PRINCIPAL?

1☐ Público Federal
2☐ Público Estadual
3☐ Público Municipal
4☐ Instituição Privada
5☐ Cooperativa de Trabalho
6☐ Empresa de Assistência em Enfermagem
7☐Serviço de Apoio Diagnóstico (laboratório, raio X e outros)
8☐ Seguros ou Medicina de Grupo
9☐ Instituição de Ensino Universitária Pública
10☐ Instituição de Ensino Universitária Privada
11☐ Instituição de Ensino Técnico Público
12☐ Instituição de Ensino Privado

Vínculo	Salário mensal (Faixa salarial)	Modalidade da atenção onde desempenha sua atividade	Regime de trabalho	Horas semanais de trabalho
Vínculos diretos: ☐ Funcionário público estatutário ☐ Funcionário público CLT ☐ CLT ☐ Contrato de prestação de serviço ☐ Contrato Temporário ☐ Cargo Comissionado ☐ Bolsista ☐ Sócia/Proprietária **Vínculos indiretos (terceirizados):** ☐ Cooperativas ☐ Organização social ☐ OSCIP ☐ ONG ☐ Fundação pública ☐ Fundação privada ☐ Entidade filantrópica ☐Outros. Especifique: _____	☐Menos de R$500 ☐de R$500,00 a R$999,00 ☐de R$1000,00 a R$1999,00 ☐de R$2000,00 a R$3999,00 ☐de R$4000,00 a R$5999,00 ☐Acima de R$6000,00	*Assinale com um X na atividade principal* ☐ Rede básica de saúde/PSF ☐ Policlínica ☐Ambulatório ☐Ambulatório Universitário ☐Consultório de enfermagem ☐Assistência de enfermagem domiciliar ☐ Hospital Geral ☐ Hospital especializado ☐Hospital Universitário ☐Ensino ☐Pesquisa ☐ Gerência do serviço ☐ Nível Central ☐ Remoção de pacientes ☐Cedido:_____ ☐Outro:_____	☐diarista ☐plantonista	☐20 h ☐30 h ☐40 h ☐ 60 h

8. Possui um segundo vínculo como enfermeiro? (Caso haja)

1☐ Público Federal
2☐ Público Estadual
3☐ Público Municipal
4☐ Instituição Privada
5☐ Cooperativa de Trabalho
6☐ Empresa de Assistência em Enfermagem
7☐Serviço de Apoio Diagnóstico (laboratório, raio X e outros)
8☐ Seguros ou Medicina de Grupo
9☐ Instituição de Ensino Universitária Pública
10☐ Instituição de Ensino Universitária Privada
11☐ Instituição de Ensino Técnico Público
12☐ Instituição de Ensino Privado

Vínculo	Salário mensal (Faixa salarial)	Modalidade da atenção onde desempenha sua atividade	Regime de trabalho	Horas semanais de trabalho
Vínculos diretos: ☐ Funcionário público estatutário ☐ Funcionário público CLT ☐ CLT ☐ Contrato de prestação de serviço ☐ Contrato Temporário ☐ Cargo Comissionado ☐ Bolsista ☐ Sócia/Proprietária **Vínculos indiretos (terceirizados):** ☐ Cooperativas ☐ Organização social ☐ OSCIP ☐ ONG ☐ Fundação pública ☐ Fundação privada ☐ Entidade filantrópica ☐Outros. Especifique: _____	☐Menos de R$500 ☐de R$500,00 a R$999,00 ☐de R$1000,00 a R$1999,00 ☐de R$2000,00 a R$3999,00 ☐de R$4000,00 a R$5999,00 ☐Acima de R$6000,00	*Assinale com um X na atividade principal* ☐ Rede básica de saúde/PSF ☐ Policlínica ☐Ambulatório ☐Ambulatório Universitário ☐Consultório de enfermagem ☐Assistência de enfermagem domiciliar ☐ Hospital Geral ☐ Hospital especializado ☐Hospital Universitário ☐Ensino ☐Pesquisa ☐ Gerência do serviço ☐ Nível Central ☐ Remoção de pacientes ☐Cedido:_____ ☐Outro:_____	☐diarista ☐plantonista	☐20 h ☐30 h ☐40 h ☐ 60 h

9. Possui outra situação de trabalho como enfermeiro? (Caso haja)

1☐ Público Federal
2☐ Público Estadual
3☐ Público Municipal
4☐ Instituição Privada
5☐ Cooperativa de Trabalho
6☐ Empresa de Assistência em Enfermagem
7☐Serviço de Apoio Diagnóstico (laboratório, raio X e outros)
8☐ Seguros ou Medicina de Grupo
9☐ Instituição de Ensino Universitária Pública
10☐ Instituição de Ensino Universitária Privada
11☐ Instituição de Ensino Técnico Público
12☐ Instituição de Ensino Privado

Vínculo	Salário mensal (Faixa salarial)	Modalidade da atenção onde desempenha sua atividade	Regime de trabalho	Horas semanais de trabalho
Vínculos diretos: ☐ Funcionário público estatutário ☐ Funcionário público CLT ☐ CLT ☐ Contrato de prestação de serviço ☐ Contrato Temporário ☐ Cargo Comissionado ☐ Bolsista ☐ Sócia/Proprietária **Vínculos indiretos (terceirizados):** ☐ Cooperativas ☐ Organização social ☐ OSCIP ☐ ONG ☐ Fundação pública ☐ Fundação privada ☐ Entidade filantrópica ☐Outros. Especifique: _____	☐Menos de R$500 ☐de R$500,00 a R$999,00 ☐de R$1000,00 a R$1999,00 ☐de R$2000,00 a R$3999,00 ☐de R$4000,00 a R$5999,00 ☐Acima de R$6000,00	*Assinale com um X na atividade principal* ☐ Rede básica de saúde/PSF ☐ Policlínica ☐Ambulatório ☐Ambulatório Universitário ☐Consultório de enfermagem ☐Assistência de enfermagem domiciliar ☐ Hospital Geral ☐ Hospital especializado ☐Hospital Universitário ☐Ensino ☐Pesquisa ☐ Gerência do serviço ☐ Nível Central ☐ Remoção de pacientes ☐Cedido:_____ ☐Outro:_____	☐diarista ☐plantonista	☐20 h ☐30 h ☐40 h ☐ 60 h

10. Presta assistência particular de enfermagem? *Em caso afirmativo, responda à questão 9.1*

1☐ Sim 2☐ Não

10.1. Quanto ganha neste serviço e quantas horas semanais trabalha?

1☐Menos de R$500

2☐de R$500,00 a R$999,00

3☐de R$1000,00 a R$1999,00

4☐de R$2000,00 a R$3999,00

1☐5 horas

2☐6 – 10 horas

3☐11 – 15 horas

4☐mais de 15 horas

5☐de R$4000,00 a R$5999,00

6☐Acima de R$6000,00

11. Presta consulta particular de enfermagem em consultório particular? *Em caso afirmativo, responda à questão 11.1*

1☐ Sim 2☐ Não

11.1. Quanto ganha neste serviço e quantas horas semanais trabalha?

1☐Menos de R$500

2☐de R$500,00 a R$999,00

3☐de R$1000,00 a R$1999,00

4☐de R$2000,00 a R$3999,00

5☐de R$4000,00 a R$5999,00

6☐Acima de R$6000,00

1☐5 horas

2☐6 – 10 horas

3☐11 – 15 horas

4☐mais de 15 horas

12. Além da enfermagem, você exerce outra atividade para complementação de renda? *Em caso afirmativo, responda à questão 13.1*

1☐ Sim 2☐ Não

12.1. Em quanto complementa a sua renda?

1☐ Menos de R$500
2☐ de R$500,00 a R$999,00
3☐ de R$1000,00 a R$1999,00
4☐ de R$2000,00 a R$3999,00
5☐ de R$4000,00 a R$5999,00
6☐ Acima de R$6000,00

13. Possui outro emprego na Equipe de saúde?

1☐ Técnico de enfermagem
2☐ Auxiliar de enfermagem
3☐ Atendente de enfermagem
4☐ Agente de saúde
6☐ Outros: _____
7☐ Não

14. Você exerce algum cargo de chefia?

1☐ Sim Qual? _____ 2☐ Não

15. Já esteve desempregado nos últimos três anos? *Em caso afirmativo, responda à questão 15.1 e 15.2*

1☐ Sim 2☐ Não

15.1. Qual principal motivo?

Assinale com um X em apenas 1 opção

1☐ Problemas pessoais
2☐ Problemas de saúde
3☐ Doenças na família
4☐ Cuidar de filhos
5☐ Estudar
6☐ Dificuldade de encontrar emprego
7☐ Outros: _____

15.2. Por quanto tempo?

1☐ Menos de seis meses
2☐ De seis meses a um ano
3☐ 2 – 4 anos
4☐ 5 – 7 anos
5☐ Mais de 7 anos

16. Teve dificuldades em encontrar emprego nos últimos três anos? *Em caso afirmativo responda à questão 16.1*

1☐ Sim 2☐ Não

16.1. Quais foram as dificuldades que teve para encontrar emprego?

Assinale com um X em até 2 opções

1☐ Falta de acesso à informação sobre vaga de emprego
2☐ Poucos concursos públicos
3☐ Pouca oportunidade na área em que está habilitado
4☐ Falta de requisitos profissionais para a área do emprego (especialização)
5☐ Não domínio de língua estrangeira
6☐ Não domínio de informática
7☐ Falta de emprego em tempo parcial
8☐ Falta de emprego para pessoas de 40 anos ou mais
9☐ Discriminação racial
10☐ Discriminação religiosa
11☐ Outros_____

17. Quantas vezes você mudou de emprego nos últimos 2 anos?

1☐ Nenhuma 2☐ Uma 3☐ Duas 4☐ Três 5☐ Mais de três

17.1. Se mudou, indique as razões de mudança de emprego de enfermeiro.

Assinale com um X em até 2 opções

1☐ Conciliar trabalho e estudo
2☐ Conciliar encargos familiares
3☐ Conciliar dois ou mais empregos
4☐ Insatisfação salarial
5☐ Insatisfação com vínculo empregatício
6☐ Insatisfação com as condições de trabalho (Ambiente físico, instrumentos de trabalho)
7☐ Insatisfação com o ambiente de trabalho (Relações interpessoais)
8☐ Escala de serviço
9☐ Motivo de saúde
10☐ Mudança de cidade
11☐ Outros: _____

BLOCO 4 – A Enfermagem e sua participação Sócio-Política – opinativas

1. Você está satisfeito com o seu exercício profissional como enfermeiro?

1☐Sim

. **Por quê?**

Assinale com um X em apenas 1 opção

☐Porque me realizo profissionalmente.
☐Porque sou bem remunerado.
☐Porque sempre gostei da área do cuidado ao ser humano.
☐Porque tenho autonomia
☐Outro: _____

2☐Não

. **Por quê?**
Assinale com um X em apenas 1 opção
☐Porque tenho que trabalhar muito e não sou bem remunerado.
☐Porque não tenho reconhecimento perante a sociedade.
☐Porque enfermagem não era a minha primeira escolha como profissão.
☐Porque não tenho autonomia
☐Porque tenho uma jornada de trabalho elevada
☐Outro: _____

2. Está satisfeito com suas condições de trabalho?

1☐Sim

. **Por quê?**
Assinale com um X em apenas 1 opção
☐Porque desempenho minha atividade sem a carência de materiais.
☐Porque tenho uma infra-estrutura adequada para trabalhar.
☐Porque conto com uma equipe para realizar as atividades, sem sobrecarregar os demais profissionais.
☐Outro: _____

2☐Não

. **Por quê?**
Assinale com um X em apenas 1 opção
☐ Porque apresenta falta de recursos humanos.
☐ Porque apresenta falta de recursos materiais.
☐Porque não apresenta infra-estrutura para desempenhar minha atividade.
☐ Outro: _____

3. Quais os principais problemas que afetam a enfermagem no Brasil?
Assinale com um X até 2 opções

1☐ Conflitos no exercício da profissão decorrentes do relacionamento com outros profissionais da equipe de enfermagem
2☐ Conflitos no exercício da profissão decorrentes do relacionamento com outros profissionais da equipe de saúde
3☐ Pouca desenvolvimento tecnológico para facilitar o trabalho da enfermagem
4☐ Condições de trabalho desfavoráveis ao exercício da profissão
5☐ Baixo reconhecimento social
6☐ Baixos salários
7☐ Poucas oportunidades de crescimento profissional
8☐ Não considero que a enfermagem tenha problemas
9☐ Outro_____

4. Você considera sua atividade com enfermeiro:
Assinale com um X até 2 opções

1☐Desgastante/Estressante
2☐Cansativa
3☐Prejudica a saúde
4☐Um trabalho como qualquer outro
5☐Não tenho opinião formada

4.1. Caso tenha respondido aos itens 1, 2, 3 ou 4 da questão anterior, a qual razão atribui?
Assinale com um X em apenas 1 opção

1☐ Regime de trabalho
2☐ Condições precárias do ambiente de trabalho
3☐ Falta de recursos humanos e materiais

4☐ Necessidade de ter mais de 1 emprego
5☐ Envolvimento psicológico/emocional
6☐ Outro_____

5. Na sua opinião, o enfermeiro precisaria de mais reconhecimento na sociedade?
1☐ Sim 2☐ Não

5.1 Caso tenha respondido sim, Por quê?
Assinale com um X em apenas 1 opção

1☐ O enfermeiro não é reconhecido como profissional de nível universitário
2☐ Qualquer membro da equipe de enfermagem é denominado de enfermeiro
3☐ Pelas limitações de atos a serem praticados pelo enfermeiro pela lei do exercício profissional
4☐ Porque os enfermeiros são, na maioria, oriundos de classes populares.
5☐ Não sei explicar o motivo
6☐ Outro _____

6. Na sua percepção, o que mudou para o enfermeiro a partir da implantação do Sistema Único de Saúde?
Assinale com um X apenas 1 opção

1☐ Ampliou o mercado de trabalho
2☐ Reduziu o mercado de trabalho
3☐ Melhorou as perspectivas profissionais
4☐ Não interferiu
5☐ Não sei opinar

7. Como você percebe a profissão do enfermeiro em relação à autonomia profissional?
Assinale com um X apenas 1 opção
1☐ O enfermeiro tem grande autonomia para a execução de todas as atividades de saúde.
2☐ O enfermeiro tem grande autonomia para a execução das atividades de enfermagem, mas baixo poder decisório perante a equipe de saúde.
3☐ O enfermeiro tem baixa autonomia tanto para a execução das atividades de enfermagem quanto perante os demais profissionais da equipe de saúde
4☐ O enfermeiro vem aumentando seu grau de autonomia tendo na atualidade possibilidade de se estabelecer como profissão liberal
5☐ O enfermeiro na sua essência é uma profissão com baixa autonomia e subordinação técnica
6☐ Não sei opinar

8. O que considera como motivador na vida profissional?
Assinale com um X até 2 opções
1☐ Boa remuneração
2☐ Boas condições no ambiente de trabalho
3☐ Reconhecimento profissional
4☐ Carga horária reduzida
5☐ Prestar bons serviços à população
6☐ Ter bons colegas no trabalho
7☐ Ocupar cargos de comando
5☐ Não sou motivado com o trabalho de enfermeiro

9. E o que menos motiva em sua vida profissional?
Assinale com um X até 2 opções
1☐ Falta de reconhecimento
2☐ Carga horária
3☐ Ter mais de 1 emprego
4☐ Trabalhar em vínculos diversos
5☐ Condições de trabalho
6☐ Outros

10.Sobre seu trabalho como enfermeiro, você prefere:

Assinale com um X em apenas 1 opção

1☐ Trabalho com vínculo formal
2☐ Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
3☐ Em instituição privada
4☐ Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado
5☐ Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
6☐ Não sei opinar
5☐ Outra_____

11. A legislação do exercício profissional interfere:

1☐ Facilitando a profissão
2☐ Ampliando o mercado de trabalho
3☐ Dificultando a profissão
4☐ Não altera
5☐ Não conheço

12. A fiscalização dos Conselhos de Enfermagem interfere:

1☐Facilitando a profissão
2☐Ampliando o mercado de trabalho
3☐Dificultando a profissão
4☐Não altera
5☐Não sei opinar

PESQUISA - MERCADO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS

CÓDIGOS DE ÁREAS / ESPECIALIDADES

Códigos	*Denominação - Áreas / Especialidades*
	1. Residência
1.1	Enfermagem
1.2	Cirúrgica
1.3	Cuidados Paliativos
1.4	Obstétrica
1.5	Oncologia Clínica
1.6	Oncológica
1.7	Psiquiátrica
1.8	Saúde da Família
1.9	Saúde Pública
	2. Especialização
2.1	Administração da Assistência de Enfermagem em Serviço de Saúde
2.2	"Lato Sensu" em Educação em Saúde
2.3	Administração de Recursos Humanos
2.4	Administração e Qualidade Hospitalar
2.5	Administração Hospitalar
2.6	Aero-espacial
2.7	Alta Complexidade
2.8	Aperfeiçoamento em Sistematização da Assistência
2.9	Áreas de Administração Hospitalar
2.10	Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente
2.11	Atenção à Saúde da Mulher
2.12	Atenção à Saúde do Idoso
2.13	Atendimento Domiciliar (home care)
2.14	Atendimento Pré-Hospitalar
2.15	Auditoria em Enfermagem
2.16	Auditoria em Sistemas de Saúde
2.17	Bioética
2.18	Cardiologia
2.19	Cardiovascular
2.20	Central de Material e Esterilização
2.21	Centro Cirúrgico
2.22	Cirúrgica
2.23	Clínica
2.24	Consulta de Enfermagem e Exame Físico
2.25	Controle de Infecção Hospitalar
2.26	Cuidados Críticos
2.27	Cuidados Intensivos
2.28	Dermatologia
2.29	Diagnósticos por Imagem
2.30	Doenças Contagiosas
2.31	Doenças Infecto- Parasitárias
2.32	Educação continuada
2.33	Emergência
2.34	Emergência e Urgência

2.35	Endocrinologia
2.36	Enfermagem no Controle da Dor
2.37	Enfermagem no Controle do Câncer
2.38	Enfermagem no Trabalho
2.39	Epidemiologia
2.40	Ergonomia
2.41	Estomaterapia: ostomias,feridas e incontinência
2.42	Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde
2.43	Formação Pedagógica para Educação Profissional na Área de Enfermagem
2.44	Gerencial
2.45	Gerenciamento de Unidades e Serviços de Enfermagem
2.46	Gerenciamento em Enfermagem
2.47	Geriátrica e Gerontológica
2.48	Gestão de Sistemas e Serviços de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças
2.49	Ginecológica
2.50	Hemodinâmica
2.51	Higiene e Educação do Trabalho
2.52	História da Enfermagem
2.53	Hospitalar
2.54	Informática
2.55	Intensivista
2.56	Materno-Infantil
2.57	Médico-Cirúrgica
2.58	Metodologia da Assistência em Enfermagem
2.59	Métodos Dialíticos
2.60	Nefrologia
2.61	Neonatal
2.62	Nutrição Parenteral
2.63	Obstétrica
2.64	Oftalmologia
2.65	Oncologia
2.66	Pediátrica
2.67	Pediátrica Neonatológica
2.68	Planejamento e administração em Saúde
2.69	Pneumologia
2.70	Políticas de Planejamento Familiar
2.71	Projetos Assistenciais de Enfermagem
2.72	Promoção da Saúde
2.73	Psiquiátrica
2.74	Recrutamento e seleção de Pessoal
2.75	Saúde
2.76	Saúde Coletiva
2.77	Saúde da Família
2.78	Saúde da Família e da Comunidade
2.79	Saúde do Adulto
2.80	Saúde Mental
2.81	Saúde Pública
2.82	Terapias Naturais
2.83	Trabalho
2.84	Trabalho Endoscopia
2.85	Traumato-ortopedia
2.86	Unidade de Terapia Intensiva
	3. Mestrado
3.1	Mestrado em Enfermagem

3.2	Mestrado em Cuidado Clínico em Saúde
3.3	Mestrado em Educação
3.4	Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública
3.5	Mestrado em Enfermagem Fundamental
3.6	Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto
3.7	Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica
3.8	Mestrado em Saúde Coletiva
3.9	Mestrado em Saúde Pública
3.10	Mestrado Profissional em Enfermagem*
3.11	Mestrado Profissional em Gestão da Saúde*
	4. Doutorado
4.1	Doutorado em Enfermagem
4.2	Doutorado em Educação
4.3	Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública
4.4	Doutorado em Enfermagem Fundamental
4.5	Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto
4.6	Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica
4.7	Doutorado em Saúde Coletiva
4.8	Doutorado em Saúde Pública
	5. Pós-doutorado
5.1	Enfermagem
5.2	Educação
5.3	Enfermagem em Saúde Pública
5.4	Enfermagem Fundamental
5.5	Enfermagem na Saúde do Adulto
5.6	Enfermagem Psiquiátrica
5.7	Saúde Coletiva
5.8	Saúde Pública

* Mestrado profissional

Apêndice B

Tabelas

BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros por gênero. Brasil, 2005.

SEXO	Fi	F%
Masculino	59	10,44
Feminino	502	88,85
Não-resposta	4	0,71
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros por ano de nascimento. Brasil, 2005.

NASCIMENTO	Fi	F%
Anterior a 1950	34	6,02
De 1950 a 1959	175	30,97
De 1960 a 1969	188	33,27
De 1970 a 1979	135	23,89
1980 e acima	26	4,60
Não respondeu	7	1,24
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo a nacionalidade. Brasil, 2005.

NACIONALIDADE	Fi	F%
Brasileira	560	99,12
Estrangeira	2	0,35
Não respondeu	3	0,53
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo a naturalidade. Brasil, 2005.

NATURALIDADE	Fi	F%
AC	2	0,35
AL	14	2,48
AM	6	1,06
AP	2	0,35
BA	35	6,19
CE	16	2,83
DF	5	0,88

ES	6	1,06
GO	41	7,26
MA	19	3,36
MG	40	7,08
MS	3	0,53
MT	7	1,24
PA	14	2,48
PB	29	5,13
PE	19	3,36
PI	18	3,19
PR	21	3,72
RJ	92	16,28
RN	24	4,25
RO	2	0,35
RS	35	6,19
SC	25	4,42
SE	16	2,83
SP	59	10,44
TO	5	0,88
Não respondeu	10	1,77
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo a responsabilidade pela manutenção da casa. Brasil, 2005.

MANUTENÇÃO DA CASA	Fi	F%
Sim	314	55,58
Não	244	43,19
Não respondeu	7	1,24
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros por estado onde residem. Brasil, 2005.

UF ONDE RESIDE	Fi	F%
AL	17	3,01
AM	11	1,95
AP	4	0,71
BA	32	5,66
CE	10	1,77
DF	15	2,65
ES	4	0,71
GO	48	8,50
MA	13	2,30
MG	29	5,13
MS	2	0,35
MT	18	3,19
PA	9	1,59
PB	22	3,89
PE	13	2,30

PI	18	3,19
PR	20	3,54
RJ	121	21,42
RN	25	4,42
RO	2	0,35
RS	24	4,25
SC	20	3,54
SE	16	2,83
SP	53	9,38
TO	14	2,48
Não-resposta	5	0,88
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ - 2005.

Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros por município onde residem. Brasil, 2005.

MUNICÍPIO ONDE RESIDE	Fi
Rio de Janeiro	79
Goiânia	30
São Paulo	27
Natal	19
Salvador	16
João Pessoa	16
Curitiba	14
Teresina	13
Niterói	13
Brasília	13
Aracaju	13
São Luis	12
Cuiabá	12
Maceió	11
Belo Horizonte	11
Manaus	10
Porto Alegre	9
Fortaleza	9
Recife	8
Campinas	8
Florianópolis	7
Palmas	6
Campos dos Goytacazes	6
Belém	6
Duque de Caxias	5
Juiz de Fora	4
Campina Grande	4
Uberaba	3
São Gonçalo	3
Rondonópolis	3
Petrópolis	3
Paraíso do Tocantins	3
Macapá	3
Lages	3
Jequié	3
Itajubá	3

Itabuna	3
Cotia	3
Aparecida de Goiânia	3
Vitória da Conquista	2
Uberlândia	2
Teresina de Goiás	2
Santa Maria	2
Santa Helena de Goiás	2
Santa Cruz do Sul	2
Ribeirão Preto	2
Queimados	2
Porto Velho	2
Penedo	2
Mossoró	2
Lusitânia	2
Londrina	2
Joinvile	2
Ipameri	2
Guarulhos	2
Feira de Santana	2
Caxias do Sul	2
Castelo	2
Cascavel	2
Carlinda	2
Araruama	2
Arapiraca	2
Araguari	2
Outros variados	95
Não resposta	5

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros por município onde trabalham. Brasil, 2005.

MUNICÍPIO ONDE TRABALHA	Fi
Rio de Janeiro	91
Goiânia	32
São Paulo	30
Natal	17
Curitiba	15
Aracaju	13
Salvador	13
Não resposta	12
João Pessoa	12
São Luis	12
Brasília	11
Cuiabá	11
Belo Horizonte	10
Manaus	10
Fortaleza	9
Recife	9
Teresina	9
Campinas	8
Porto Alegre	8

Florianópolis	7
Maceió	7
Niterói	7
Palmas	6
Belém	5
Campina Grande	5
Campos	5
Duque de Caxias	5
Juiz de Fora	4
Itabuna	3
Itajubá	3
Jequié	3
Lages	3
Macapá	3
Natalandia	3
Paraíso do Tocantins	3
Rondonópolis	3
Santa Cruz do Sul	3
São Paulo de Olivença	3
Teresina de Goiás	3
Afonso Bezerra	2
Araguari	2
Arapiraca	2
Araruama	2
Brasileia	2
Camacan	2
Carlinda	2
Cascavel	2
Castelo	2
Castelo do Piauí	2
Caxias do Sul	2
Feira de Santana	2
Guarulhos	2
Ipameri	2
Joinvile	2
Londrina	2
Luziania	2
Penedo	2
Petrópolis	2
Porto Velho	2
Ribeirão Preto	2
Santa Helena de Goiás	2
Uberaba	2
Uberlândia	2
Vitória da Conquista	2
Outros variados	99

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

BLOCO 2 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL

* GRADUAÇÃO

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros por estado onde realizou a graduação. Brasil, 2005.

ESTADO ONDE SE GRADUOU	Fi	F%
AC	1	0,18
AL	11	1,95
AM	8	1,42
AP	2	0,35
BA	36	6,37
CE	13	2,30
DF	4	0,71
ES	4	0,71
GO	56	9,91
MA	13	2,30
MG	33	5,84
MS	1	0,18
MT	10	1,77
PA	14	2,48
PB	36	6,37
PE	16	2,83
PI	14	2,48
PR	19	3,36
RJ	117	20,71
RN	23	4,07
RR	1	0,18
RS	34	6,02
SC	22	3,89
SE	12	2,12
SP	56	9,91
Não respondeu	9	1,59
TOTAL	**565**	**100**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo a natureza jurídica da instituição onde graduou. Brasil, 2005.

INSTITUIÇÃO	Fi	F%
Privada	217	38,41
Pública	346	61,24
Não respondeu	2	0,35
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo ano de conclusão da graduação. Brasil, 2005**.**

ANO DE CONCLUSÃO	Fi	F%
Anterior a 1960	3	0,53
De 1960 a 1969	9	1,59
De 1970 a 1979	95	16,81
De 1980 a 1989	199	35,22
De 1990 a 1999	134	23,72
2000 e acima	115	20,35
Não respondeu	10	1,77
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo a realização de estágio extracurricular durante a graduação. Brasil, 2005.

ESTÁGIO	Fi	F%
Sim	354	62,65
Não	205	36,28
Não respondeu	6	1,06
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 4.1 - Distribuição dos enfermeiros por tipo de estágio extracurricular realizado durante a graduação. Brasil, 2005.

TIPO DE ESTÁGIO	Fi	F%
Acadêmico Bolsista	169	47,70
Iniciação Científica	48	13,60
Bolsista de Extensão	70	19,80
Outro	127	35,90

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo a realização de curso técnico ou auxiliar de enfermagem antes da graduação. Brasil, 2005.

CURSO TÉCNICO OU AUXILIAR	Fi	F%
Sim	109	19,29
Não	451	79,82
Não respondeu	5	0,88
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 5.1 - Distribuição dos enfermeiros segundo o exercício profissional como técnico ou auxiliar de enfermagem antes da graduação. Brasil, 2005.

EXERCÍCIO DE TÉCNICO OU AUXILIAR	Fi	F%
Sim	90	82,57
Não	19	17,43
TOTAL	**109**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo a realização de outra graduação. Brasil, 2005.

OUTRA GRADUAÇÃO	Fi	F%
Sim	51	9,03
Não	487	86,19
Não respondeu	27	4,78
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 6.1 - Distribuição dos enfermeiros por área da outra graduação. Brasil, 2005.

ÁREA DE GRADUAÇÃO	Fi	F%
Humanas	30	58,82
Área da Saúde	15	29,41
Tecnológica	6	11,76
TOTAL	**51**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 6.2 - Distribuição dos enfermeiros por ano de conclusão da outra graduação cursada. Brasil, 2005.

ANO DE CONCLUSÃO	Fi	F%
Anterior a 1960	1	1,96
De 1960 a 1969	2	3,92
De 1970 a 1979	6	11,76
De 1980 a 1989	15	29,41
De 1990 a 1999	12	23,53
2000 e acima	12	23,53
Não respondeu	3	5,88
TOTAL	**51**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo a realização de habilitação. Brasil, 2005.

HABILITAÇÃO	Fi	F%
Sim	315	55,75
Não	198	35,04
Não respondeu	52	9,20
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 7.1 - Distribuição dos enfermeiros por ano de conclusão da habilitação. Brasil, 2005.

ANO DE CONCLUSÃO	Fi	F%
Anterior a 1970	5	1,59
De 1970 a 1979	49	15,56
De 1980 a 1989	116	36,83
De 1990 a 1999	72	22,86
2000 e acima	50	15,87
Não respondeu	23	7,30
TOTAL	**315**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 7.2 - Distribuição dos enfermeiros por área de habilitação. Brasil, 2005**.**

ÁREA	Fi	F%
Saúde Pública	141	44,76
Médico Cirúrgica	65	20,63
Obstetrícia	43	13,65
Licenciatura	97	30,79

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 7.3 - Distribuição dos enfermeiros segundo a natureza jurídica da instituição onde realizou a habilitação. Brasil, 2005.

INSTITUIÇÃO	Fi	F%
Pública	213	67,62
Privada	92	29,21
Não respondeu	10	3,17
TOTAL	**315**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

* PÓS-GRADUAÇÃO

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a realização da pós-graduação. Brasil, 2005**.**

PÓS-GRADUAÇÃO	Fi	F%
Sim	485	85,84
Não	60	10,62
Não respondeu	20	3,54
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 1.1 - Distribuição dos enfermeiros segundo os tipos de pós-graduação. Brasil, 2005.

PÓS-GRADUAÇÃO	Fi	F%
Residência	37	7,60
Especialização	445	91,80
Especialização II	115	23,70
Mestrado	179	36,90
Doutorado	66	13,60
Pós-Doutorado	4	0,80

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 1.1.1 - Distribuição dos enfermeiros por ano de residência. Brasil, 2005.

ANO DA RESIDÊNCIA	Fi	F%
Anterior a 1980	5	13,50
De 1980 a 1989	7	18,90
De 1990 a 1999	5	13,50
De 2000 em diante	10	27,00
Não respondeu	10	27,00
TOTAL	**37**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 1.1.2 - Distribuição dos enfermeiros segundo a área de residência. Brasil, 2005.

ÁREA DA RESIDÊNCIA	Especificar
Outro	Auditoria em enfermagem
287	
223	
2.8	
2.57	
2.15	
2,5	
19	
19	
18	
18	
17	

14	
14	
14	
12	
11.1	
11	
11	
11	Cardiologia
1.9	
1.9	
1.8	
1.6	
1.2	
1.16	
1.11	
1.1	
1.1	
17	
11	
	Clinica e cirúrgica cardiovascular
	Medicina do aparelho locomotor
	Enfermagem Pediátrica
	Enfermagem terapia intensiva

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 1.1.3 - Distribuição dos enfermeiros segundo a natureza jurídica da instituição onde cursou/cursa a residência. Brasil, 2005.

INSTITUIÇÃO DA RESIDÊNCIA	Fi	F%
Pública	33	89,19
Privada	4	10,81
TOTAL	**37**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 1.1.4 - Distribuição dos enfermeiros por país onde cursou/cursa a residência. Brasil, 2005.

PAÍS DA RESIDÊNCIA	Fi	F%
Brasil	34	91,89
Não respondeu	3	8,11
TOTAL	**37**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 1.1.5 - Distribuição dos enfermeiros segundo a conclusão da residência. Brasil, 2005.

CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA	Fi	F%
Sim	30	81,08
Em curso	2	5,41
Não	3	8,11
Não respondeu	2	5,41
TOTAL	**37**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 1.2 - Distribuição dos enfermeiros segundo o ano de conclusão da especialização. Brasil, 2005.

ANO DA ESPECIALIZAÇÃO	Fi	F%
Antes de 1980	17	3,94
De 1980 a 1989	55	12,73
De 1990 a 1999	76	17,59
De 2000 e acima	135	31,25
Não respondeu	149	34,49
TOTAL	**432**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 2 - Número de Enfermeiros com acesso ao Computador/Internet. Brasil, 2005.

ACESSO AO COMPUTADOR/INTERNET	Fi	F%
Sim	535	94,69
Não	18	3,19
Não respondeu	12	2,12
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 2.1 - Distribuição dos enfermeiros por tema de interesse para o aprimoramento profissional. Brasil, 2005.

TEMA DE INTERESSE	Fi	F%
Saúde Pública	221	41,31
Saúde Coletiva	186	34,77
Clínica	84	15,70
Cirurgia	77	14,39
Obstetrícia	67	12,52
Educação	210	39,25
Saúde da Família	151	28,22
Saúde da Criança	66	12,34
Saúde do Adolescente	28	5,23
Saúde da Mulher	92	17,20
Saúde do Adulto	98	18,32
Saúde do Idoso	65	12,15
Saúde do Trabalhador	90	16,82
Outros	124	23,18

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 2.2 - Distribuição dos enfermeiros quanto à dificuldade de realizar o aprimoramento profissional. Brasil, 2005.

DIFICULDADE	Fi	F%
Sim	338	59,82
Não	222	39,29
Não respondeu	5	0,88
TOTAL	**565**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 2.2.1 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao principal motivo relacionado à dificuldade de realizar o aprimoramento profissional. Brasil, 2005.

MOTIVO PRINCIPAL	Fi	F%
Alto custo dos eventos científicos	72	21,30
Falta de apoio institucional	68	20,12
Falta de tempo	62	18,34
Alto custo dos livros e revistas científicas	57	16,86
Encargos familiares	37	10,95
Falta de programa de treinamento no trabalho	30	8,88
Falta de material de estudos no trabalho	3	0,89
Dificuldade ao acesso ao computador	3	0,89
Não respondeu	6	1,78
TOTAL	**338**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 2.2.1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a modalidade de aprimoramento profissional desejada. Brasil, 2005.

MODALIDADE DESEJADA	Fi	F%
Nenhuma	7	1,24
Curso de aperfeiçoamento (com menos 360 horas)	66	11,68
Trabalhar ou estagiar em outra instituição	31	5,49
Cursos no exterior	129	22,83
Especialização	70	12,39
Mestrado	249	44,07
Doutorado	191	33,81

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

BLOCO 3 - MERCADO DE TRABALHO

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a situação de trabalho atual. Brasil, 2005.

SITUAÇÃO DE TRABALHO ATUAL	Fi	F%
Ativo (exercendo a profissão de Enfermeiro)	543	96,11
Aposentado	9	1,59
Desempregado	6	1,06
Afastado	1	0,18
Abandonou a profissão	2	0,35
Não-resposta	4	0,71
TOTAL	**565**	**100**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 1.1 - Distribuição dos enfermeiros segundo o motivo principal de afastamento ou abandono da profissão. Brasil, 2005.

MOTIVO PRINCIPAL DO AFASTAMENTO/ABANDONO	Fi	F%
Salário baixo	1	33,3
Insatisfação com as condições de trabalho (exceto salário)	1	33,3
Outros	1	33,3
TOTAL	**3**	**100**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 1.2 - Distribuição dos enfermeiros segundo o principal motivo de desemprego. Brasil, 2005.

PRINCIPAL MOTIVO DO DESEMPREGO	Fi	F%
Pouca oportunidade na área em que está habilitado	2	33,33
Falta de acesso à informação sobre vaga de emprego	1	16,67
Falta de emprego para pessoas de 40 anos ou mais	1	16,67
Valorização do profissional enfermeiro na cidade onde moro	1	16,67
Outro	1	16,67
TOTAL	**6**	**100**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo a obtenção do primeiro emprego após formado. Brasil, 2005.

PRIMEIRO EMPREGO	Fi	F%
Menos de 1 ano de formado	463	85,27
1 ano de formado	36	6,63
De 2 a 3 anos de formado	22	4,05
De 4 a 5 anos de formado	11	2,03
Mais de 5 anos de formado	6	1,10
Não-resposta	5	0,92
TOTAL	**543**	**100**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 2.1 - Distribuição dos enfermeiros quanto à natureza da primeira atividade profissional. Brasil, 2005.

PRIMEIRA ATIVIDADE PROFISSIONAL	Fi	F%
Emprego público	285	52,49
Emprego privado	240	44,20
Autônomo (por conta própria)	11	2,03
Não respondeu	7	1,29
TOTAL	**543**	**100**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros por tempo que exerce a profissão. Brasil, 2005.

TEMPO QUE TRABALHA COMO ENFERMEIRO	Fi	F%
Menos de 1 ano	20	3,68
De 1 a 3 anos	57	10,50
De 4 a 7 anos	77	14,18
De 8 a 11 anos	60	11,05
De 12 a 20 anos	135	24,86
De 20 a 30 anos	166	30,57
Mais de 30 anos	22	4,05
Não respondeu	6	1,10
TOTAL	**543**	**100**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo o número de empregos como enfermeiro. Brasil, 2005.

NÚMERO DE EMPREGOS	Fi	F%
Um	258	47,51
Dois	214	39,41
Três	52	9,58
Mais de três	10	1,84
Não respondeu	9	1,66
TOTAL	**543**	**100**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo as principais atividades de enfermagem freqüentemente exercidas. Brasil, 2005.

PRINCIPAIS ATIVIDADES	Fi	F%
Ensino	279	51,38
Pesquisa	124	22,84
Cuidado direto a paciente ambulatorial	128	23,57
Cuidado direto ao paciente hospitalizado	164	30,20
Administração de setor e ou serviços de saúde	100	18,42
Administração e supervisão de enfermagem	78	14,36
Gestão no setor público de saúde	37	6,81
Trabalho na comunidade	66	12,15
Outra	11	2,03

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros por renda total com o trabalho de enfermeiro. Brasil, 2005.

RENDA TOTAL	Fi	F%
Menos de R$500,00	1	0,2
De R$500,00 a R$999,00	4	0,7
De R$1000,00 a R$1999,00	65	12
De R$2000,00 a R$3999,00	287	52,9
De R$4000,00 a R$5999,00	131	24,1
Acima de R$6000,00	52	9,6
Não-resposta	3	0,6
TOTAL	**543**	**100**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros por emprego que assegura renda principal. Brasil, 2005.

EMPREGO DA RENDA PRINCIPAL	Fi	F%
Público Federal	113	20,81
Público Estadual	113	20,81
Público Municipal	138	25,41
Instituição Privada	57	10,50
Cooperativa de Trabalho	6	1,10
Empresa de Assistência em Enfermagem	1	0,18
Instituição de Ensino Universitária Pública	44	8,10
Instituição de Ensino Universitária Privada	47	8,66
Instituição de Ensino Técnico Público	4	0,74
Instituição de Ensino Técnico Privado	6	1,10
Autarquia	1	0,18
Não respondeu	13	2,39
TOTAL	**543**	**100**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 7.1 - Distribuição dos enfermeiros por vínculo empregatício no emprego principal. Brasil, 2005.

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	Fi	F%
Funcionário público estatutário	302	55,62
CLT	80	14,73
Funcionário público CLT	41	7,55
Contrato de prestação de serviço	38	7,00
Contrato Temporário	24	4,42
Fundação privada	8	1,47
Cargo Comissionado	6	1,10
Cooperativas	4	0,74
Sócia/Proprietária	4	0,74
Entidade filantrópica	3	0,55
Fundação pública	1	0,18
ONG	1	0,18
Outros. Contrato verbal	1	0,18
Bolsista	1	0,18
Não respondeu	29	5,34
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 7.2 - Distribuição dos enfermeiros por salário mensal no emprego principal. Brasil, 2005.

SALÁRIO MENSAL	Fi	F%
Menos de R$500	3	0,55
De R$1000 a R$ 1999	0	0,00
De R$1000,00 a R$1999,00	123	22,65
De R$2000,00 a R$3999,000	270	49,72
De R$4000,00 a R$5999,000	71	13,08
De R$500,00 a R$999,00	12	2,21
Acima de R$6000,00	28	5,16
Não respondeu	36	6,63
TOTAL	**543**	**100, 00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 7.3 - Distribuição dos enfermeiros segundo a modalidade da atenção onde desempenha sua atividade no emprego principal. Brasil, 2005.

MODALIDADE DA ATENÇÃO	Fi	F%
Ensino/Pesquisa	119	21,92
Rede básica de saúde/PSF	115	21,18
Hospital Geral	83	15,29
Hospital Universitário	42	7,73
Hospital especializado	37	6,81
Gerência do serviço	32	5,89
Ambulatório	16	2,95
Ensino	14	2,58
Nível Central	13	2,39
Outro	10	1,84
Consultório de enfermagem	7	1,29
Policlínica	6	1,10
Ambulatório Universitário	4	0,74
Remoção de pacientes	3	0,55
Cedido: TJE	1	0,18
Cedido: P.M.	1	0,18
Não respondeu	40	7,37
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 7.4 - Distribuição dos enfermeiros por regime de trabalho no emprego principal. Brasil, 2005.

REGIME DE TRABALHO	Fi	F%
Diarista	332	61,14
Plantonista	91	16,76
Não respondeu	120	22,10
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 7.5 - Distribuição dos enfermeiros por horas semanais de trabalho no emprego principal. Brasil, 2005.

HORAS SEMANAIS DE TRABALHO	Fi	F%
20h	52	9,58
24h	2	0,37
30h	121	22,28
36h	3	0,55
40h	304	55,99
60h	13	2,39
Não respondeu	48	8,84
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao segundo vínculo como enfermeiro. Brasil, 2005.

SEGUNDO VÍNCULO	Fi	F%
Público Federal	26	11,00
Público Estadual	55	23,20
Público Municipal	58	24,50
Instituição Privada	34	14,30
Cooperativa de Trabalho	7	3,00
Empresa de Assistência em Enfermagem	1	0,40
Instituição de Ensino Universitária Pública	14	5,90
Instituição de Ensino Universitária Privada	26	11,00
Instituição de Ensino Técnico Público	10	4,20
Instituição de Ensino Técnico Privado	0	0,00
Autarquia	1	0,40
Não respondeu	5	2,10
TOTAL	**237**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 8.1 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao segundo tipo de vínculo empregatício. Brasil 2005.

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	Fi	F%
Funcionário público estatutário	96	40,50
CLT	47	19,80
Contrato de prestação de serviço	27	11,40
Contrato Temporário	26	11,00
Funcionário público CLT	19	8,00
Cooperativas	5	2,10
Entidade filantrópica	4	1,70
Fundação privada	4	1,70
Cargo Comissionado	3	1,30
Bolsista	2	0,80
Fundação pública	2	0,80
Organização social	1	0,40
Sócia/Proprietária	1	0,40
TOTAL	**237**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 8.2 - Distribuição dos enfermeiros quanto salário mensal no segundo emprego. Brasil, 2005.

FAIXA SALARIAL	Fi	F%
Menos de R$500	10	4,20
De R$1000,00 a R$1999,00	115	48,50
De R$2000 a R$ 3999	0	0,00
De R$2000,00 a R$3999,000	50	21,10
De R$4000,00 a R$5999,000	8	3,40
De R$500,00 a R$999,00	41	17,30
Acima de R$6000,00	3	1,30
Não respondeu	10	4,20
TOTAL	**237**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 8.3 - Distribuição dos enfermeiros quanto à modalidade da atenção desempenhada no segundo emprego. Brasil, 2005.

MODALIDADE DA ATENÇÃO	Fi	F%
Ensino/Pesquisa	64	27,00
Hospital Geral	44	18,60
Rede básica de saúde/PSF	25	10,50
Hospital especializado	19	8,00
Gerência do serviço	13	5,50
Ensino	12	5,10
Ambulatório	11	4,60
Nível Central	11	4,60
Hospital Universitário	6	2,50
Outro	5	2,10
Policlínica	4	1,70
Remoção de pacientes	3	1,30
Assistência de enfermagem domiciliar	2	0,80
Cedido	2	0,80
Cedido Estado	1	0,40
Cedido Federal	1	0,40
Ambulatório Universitário	1	0,40
Não-resposta	13	5,50
TOTAL	**237**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 8.4 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao regime de trabalho no segundo emprego. Brasil, 2005.

REGIME DE TRABALHO	Fi	F%
Diarista	144	60,80
Plantonista	60	25,30
Não respondeu	33	13,90
TOTAL	**237**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 8.5 - Distribuição dos enfermeiros por horas semanais de trabalho no segundo emprego. Brasil, 2005.

HORAS SEMANAIS	Fi	F%
12h	2	0,80
20h	75	31,60
30h	84	35,40
36h	1	0,40
40h	52	21,90
60h	3	1,30
Não respondeu	20	8,40
TOTAL	**237**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros quanto à terceira situação de trabalho como enfermeiro. Brasil, 2005.

OUTRA SITUAÇÃO DE TRABALHO	Fi	F%
Público Federal	4	6,90
Público Estadual	6	10,30
Público Municipal	7	12,10
Instituição Privada	8	13,80
Cooperativa de Trabalho	7	12,10
Instituição de Ensino Universitária Pública	5	8,60
Instituição de Ensino Universitária Privada	8	13,80
Instituição de Ensino Técnico Público	5	8,60
Instituição de Ensino Técnico Privado	3	5,20
Não respondeu	5	8,60
TOTAL	**58**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 9.1 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao vínculo no terceiro emprego. Brasil, 2005.

VÍNCULO EMPREGATÍCIO	Fi	F%
Contrato Temporário	13	22,40
Funcionário público estatutário	13	22,40
CLT	11	19,00
Contrato de prestação de serviço	9	15,50
Cooperativas	5	8,60
Funcionário público CLT	2	3,40
Cargo Comissionado	2	3,40
Outros	2	3,40
Fundação pública	1	1,70
TOTAL	**58**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 9.2 - Distribuição dos enfermeiros por faixa salarial no terceiro emprego. Brasil, 2005.

FAIXA SALARIAL	Fi	F%
Menos de R$500	7	12,10
De R$500,00 a R$999,00	21	36,20
De R$1000,00 a R$1999,00	19	32,80
De R$2000,00 a R$3999,000	10	17,20
Acima de R$6000,00	1	1,70
TOTAL	**58**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 9.3 - Distribuição dos enfermeiros por modalidade da atenção desempenhada no terceiro emprego. Brasil, 2005.

MODALIDADE DE ATENÇÃO	Fi	F%
Ensino/Pesquisa	32	55,20
Hospital especializado	6	10,30
Hospital Geral	5	8,60
Gerência do serviço	4	6,90
Outro:	2	3,40
Nível Central	2	3,40
Rede básica de saúde/PSF	2	3,40
Remoção de pacientes	2	3,40
Pesquisa	1	1,70
Cedido	1	1,70
Hospital Universitário	1	1,70
TOTAL	**58**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 9.4 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao regime de trabalho no terceiro emprego. Brasil, 2005.

REGIME DE TRABALHO	Fi	F%
Diarista	28	48,30
Plantonista	15	25,90
Não respondeu	15	25,90
TOTAL	**58**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 9.5 - Distribuição dos enfermeiros por horas semanais de trabalho no terceiro emprego. Brasil, 2005.

HORAS SEMANAIS DE TRABALHO	Fi	F%
20h	30	51,70
30h	15	25,90
40h	3	5,20
60h	1	1,70
Não respondeu	9	15,50
TOTAL	**58**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros por prestação de assistência particular. Brasil, 2005.

ASSISTÊNCIA PARTICULAR	Fi	F%
Sim	5	0,92
Não	432	79,56
Não respondeu	106	19,52
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 10.1 - Distribuição dos enfermeiros por salário e horas semanais trabalhadas na prestação de assistência particular. Brasil, 2005.

SALÁRIO	Fi	F%
Menos de R$500	4	80,00
De R$1000,00 a R$1999,00	1	20,00
TOTAL	**5**	**100,00**
HORAS		
5 horas	2	40,00
Não-resposta	3	60,00
TOTAL	**5**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros que realizam consulta particular de enfermagem. Brasil, 2005.

CONSULTA PARTICULAR	Fi	F%
Sim	6	1,10
Não	412	75,87
Não respondeu	125	23,02
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 11.1 - Distribuição dos enfermeiros por salário e horas semanais trabalhadas na consulta particular de enfermagem. Brasil, 2005.

SALÁRIO	Fi	F%
Menos de R$500	1	16,67
De R$500,00 a R$999,00	2	33,33
De R$2000,00 a R$3999,00	1	16,67
Acima de R$6000,00	1	16,67
Não respondeu	1	16,67
TOTAL	**6**	**100,00**
HORAS		
5 horas	1	16,67
6 a 10 horas	2	33,33
Mais de 15 horas	1	16,67
Não respondeu	2	33,33
TOTAL	**6**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 12 - Distribuição dos enfermeiros segundo o exercício de outra atividade para complementação de renda. Brasil, 2005.

OUTRA ATIVIDADE	Fi	F%
Sim	67	12,34
Não	400	73,66
Não respondeu	76	14,00
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 12.1 - Distribuição dos enfermeiros segundo renda complementar. Brasil, 2005.

COMPLEMENTO DA RENDA	Fi	F%
Menos de R$500	14	20,90
De R$500,00 a R$999,00	27	40,30
De R$1000,00 a R$1999,00	16	23,88
De R$2000,00 a R$3999,00	7	10,45
Não-resposta	3	4,48
TOTAL	**67**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 13 - Distribuição dos enfermeiros quanto a outro emprego na equipe de saúde. Brasil, 2005.

OUTRO EMPREGO NA EQUIPE DE SAÚDE	Fi	F%
Técnico de enfermagem	6	1,10
Auxiliar de enfermagem	7	1,29
Atendente de enfermagem	1	0,18
Agente de saúde	1	0,18
Outros	5	0,92

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 14 - Distribuição dos enfermeiros segundo o desemprego nos últimos 3 anos e o principal motivo. Brasil, 2005.

DESEMPREGADO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS	Fi	F%
Sim	19	3,50
Não	482	88,77
Não respondeu	42	7,73
TOTAL	**543**	**100,00**
PRINCIPAL MOTIVO		
Dificuldade de encontrar emprego	6	31,58
Problemas pessoais	3	15,79
Estudar	2	10,53
Dificuldade de encontrar emprego	1	5,26
Outros:	1	5,26
Outros: rescisão de contrato temporário	1	5,26
Outros: Mudança de cidade	1	5,26
Outros: Opção própria	1	5,26
Problemas de saúde	1	0,00
Não respondeu	2	15,79
TOTAL	**19**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 14.2 - Distribuição dos enfermeiros por tempo de desemprego. Brasil, 2005.

QUANTO TEMPO	Fi	F%
Menos de seis meses	10	52,63
De seis meses a um ano	5	26,32
2 a 4 anos	1	5,26
Não respondeu	3	15,79
TOTAL	**19**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 16 - Distribuição dos enfermeiros segundo as dificuldades em encontrar emprego nos últimos 3 anos. Brasil, 2005.

DIFICULDADES DE ENCONTRAR EMPREGO	Fi	F%
Sim	19	3,50
Não	410	75,51
Não respondeu	114	20,99
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 16.1 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao tipo de dificuldades em encontrar emprego nos últimos 3 anos. Brasil, 2005.

DIFICULDADES ENCONTRADAS	N=19	
	Fi	F%
Poucos concursos públicos	5	26,32
Pouca oportunidade na área em que está habilitado	4	21,05
Falta de requisitos profissionais para a área do emprego (especialização)	6	31,58
Não domínio de língua estrangeira	1	5,26
Não domínio de informática	1	5,26
Falta de emprego em tempo parcial	2	10,53
Falta de emprego para pessoas de 40 anos ou mais	1	5,26
Outros	2	10,53

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 17 - Distribuição dos enfermeiros quanto ao número de vezes que mudou de emprego nos últimos 2 anos. Brasil, 2005.

MUDOU DE EMPREGO NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS	Fi	F%
Nenhuma	390	71,82
Uma	60	11,05
Duas	21	3,87
Três	6	1,10
Mais de três	3	0,55
Não respondeu	63	11,60
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 17.1 - Distribuição dos enfermeiros quanto às razões de mudança de emprego nos últimos 2 anos. Brasil, 2005.

RAZÕES DE MUDANÇA DE EMPREGO	N=90	
	Fi	F%
Conciliar trabalho e estudo	8	8,89
Conciliar encargos familiares	3	3,33
Conciliar dois ou mais empregos	10	11,11
Insatisfação salarial	14	15,56
Insatisfação com vínculo empregatício	13	14,44
Insatisfação com as condições de trabalho	14	15,56
Insatisfação com o ambiente de trabalho (Relações interpessoais)	15	16,67
Escala de serviço	4	4,44
Motivo de saúde	1	1,11
Mudança de cidade	14	15,56
Outros	15	16,67

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

BLOCO 4 - A ENFERMAGEM E SUA PARTICIPAÇÃO SÓCIO-POLÍTICA - OPINATIVAS

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a satisfação com o exercício profissional como enfermeiro. Brasil, 2005.

SATISFAÇÃO COM O EXERCÍCIO PROFISSIONAL	Fi	F%
Sim	411	75,70
Não	109	20,10
Não respondeu	23	4,20
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 1.1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a justificativa da satisfação profissional. Brasil, 2005.

JUSTIFICATIVA DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	Fi	F%
Porque me realizo profissionalmente	249	60,58
Porque sempre gostei da área do cuidado ao ser humano	125	30,41
Porque tenho autonomia	23	5,60
Porque sou bem remunerado	4	0,97
Outro	6	1,46
Não respondeu	4	0,97
TOTAL	**411**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 1.2 - Distribuição dos enfermeiros segundo a justificativa da insatisfação profissional. Brasil, 2005.

JUSTIFICATIVA DA INSATISFAÇÃO PROFISSIONAL	Fi	F%
Porque tenho que trabalhar muito e não sou bem remunerado	59	54,10
Porque tenho uma jornada de trabalho elevada	23	21,10
Porque não tenho reconhecimento perante a sociedade	12	11,00
Porque não tenho autonomia	7	6,40
Porque não tenho vínculo empregatício que me garanta direitos	1	0,90
Desvalorização da categoria por sobrecarga de funções	1	0,90
Porque enfermagem não era a minha primeira escolha como profissão	1	0,90
Relação interpessoal	1	0,90
Não há investimento institucional em treinamento e faltam condições de trabalho.	1	0,90
Desorganização da UBS, novo modelo de assistência excesso de demanda.	1	0,90
Não-resposta	1	0,90
Outro:	1	0,90
TOTAL	**109**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo a satisfação com as condições de trabalho. Brasil, 2005**.**

SATISFAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE TRABALHO	Fi	F%
Sim	173	31,90
Não	328	60,40
Não respondeu	42	7,70
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 2.1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a justificativa da satisfação com as condições de trabalho. Brasil, 2005.

JUSTIFICATIVA DA SATISFAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE TRABALHO	Fi	F%
Porque tenho uma infra-estrutura adequada para trabalhar	75	43,35
Porque conto com uma equipe para realizar as atividades, sem sobrecarregar os demais profissionais.	42	24,28
Porque desempenho minha atividade sem a carência de materiais	32	18,50
Outro	16	9,25
Não respondeu	8	4,62
TOTAL	**173**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005

Tabela 2.2 - Distribuição dos enfermeiros segundo a justificativa da insatisfação com as condições de trabalho. Brasil, 2005.

JUSTIFICATIVA DA INSATISFAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE TRABALHO	Fi
Porque não apresenta infra-estrutura para desempenhar minha atividade	134
Porque apresenta falta de recursos humanos	83
Porque apresenta falta de recursos materiais	65
Outro: devido a questões políticas	1
Outro: Irresponsabilidade de alguns gestores, descumprimento da lei 7498/86, ausência de enfermeiros.	1
Outro: Gestor local sem conhecimento em saúde	1
Outro: Faltam materiais e RH	1
Outro: Falta incentivo das instituições no investimento dos profissionais	1
Outro: Falta de RH e Recursos Humanos	1
Outro: Falta de recursos Humanos e recursos materiais	1
Outro: Falta de recursos humanos e materiais	1
Outro: Falta de gerenciamento compartilhado	1
Outro: Falta de compromisso político com a que determina o SUS	1
Outro: Falta apoio e motivação por parte da chefia	1
Outro: Desorganização hospitalar e falta autonomia da coordenação de enfermagem	1
Outro: As três opções acima	1
Outro: As duas primeiras opções	1
Outro: A primeira e segunda opção	1
Outro: informalidade do contrato de trabalho gerando insegurança	1
Outro:	1
Não tenho autonomia para atuar.	1

Falta de atualização da biblioteca	1
Outro: Desorganização da UBS, novo modelo de assistência; excesso de demanda.	1
Outro: Falta de apoio da chefia para aprimoramento profissional	1
Outro: Carga horária	1
Por falta de espaço para enfermagem descansar no horário noturno e condições gerais como carga horária	1
Outro: Planejamento dentro da minha área	1
Outro: Não tenho oportunidade para assumir outros cargos	1
Outro: Não sou efetiva, posso perder o emprego a qualquer momento.	1
Outro: Muito serviço pouco salário	1
Outro: Falta de integração da equipe de trabalho	1
Outro: Falta apoio técnico e infra-estrutura para pesquisa	1
Outro: É desgastante	1
Outro: As opções 1 e 2	1
Outro: Curso de Mestrado não reconhecido até o momento	1
Outro: Política	1
Outro: Autonomia, gestores, falta de concursos públicos, meios desleais de testes seletivos	1
Outro: Autonomia	1
Outro: Todos os anteriores e falta de política humanizada	1
Outro: Todas as opções	1
Outro: Sou horista	1
Outro: Somos cerceados pela categoria médica	1
Outro: Sobrecarga e trabalho	1
Outro: Sobrecarga de trabalho	1
Outro: Relacionamentos interpessoais	1
Outro: Distância	1
Não respondeu	3
TOTAL	**328**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 3 -. Distribuição dos enfermeiros segundo os principais problemas que afetam a enfermagem. Brasil, 2005.

PRINCIPAIS PROBLEMAS ENFRENTADOS	Fi	F%
Conflitos no exercício da profissão decorrentes do relacionamento com outros profissionais da equipe de enfermagem	120	22,10
Conflitos no exercício da profissão decorrentes do relacionamento com outros profissionais da equipe de saúde	175	32,23
Pouco desenvolvimento tecnológico para facilitar o trabalho da enfermagem	30	5,52
Condições de trabalho desfavoráveis ao exercício da profissão	213	39,23
Baixo reconhecimento social	171	31,49
Baixos salários	234	43,09
Poucas oportunidades de crescimento profissional	38	7,00
Não considero que a enfermagem tenha problemas	4	0,74
Outro	18	3,31

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo visão sobre o desempenho de sua atividade. Brasil, 2005.

VISÃO DO ENFERMEIRO QUANTO SUA ATIVIDADE	Fi	F%
Desgastante/Estressante	319	58,75
Cansativa	210	38,67
Prejudica a saúde	47	8,66
Um trabalho como qualquer outro	114	20,99
Não tenho opinião formada	10	1,84

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 4.1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a razão atribuída ao considerar sua atividade desgastante/ estressante; cansativa; prejudicial à saúde. Brasil, 2005.

RAZÃO ATRIBUÍDA	Fi	F%
Regime de trabalho	78	19,16
Condições precárias do ambiente de trabalho	3	0,74
Falta de recursos humanos e materiais	72	17,69
Necessidade de ter mais de 1 emprego	103	25,31
Envolvimento psicológico/emocional	50	12,29
Outro	8	1,97
Não respondeu	93	22,85
TOTAL	**407**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo a visão sobre o reconhecimento social de sua atividade. Brasil, 2005.

VISÃO SOBRE O RECONHECIMENTO SOCIAL DE SUA ATIVIDADE	Fi	F%
Sim	495	91,16
Não	21	3,87
Não respondeu	27	4,97
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 5.1 - Distribuição dos enfermeiros segundo a visão atribuída à falta de reconhecimento social de sua atividade. Brasil, 2005.

VISÃO ATRIBUÍDA A FALTA DE RECONHECIMENTO SOCIAL	Fi	F%
O enfermeiro não é reconhecido como profissional de nível universitário	141	28,48
Qualquer membro da equipe de enfermagem é denominado de enfermeiro	213	43,03
Pelas limitações de atos a serem praticados pelo enfermeiro pela lei do exercício profissional	57	11,52
Porque os enfermeiros são, na maioria, oriundos de classes populares.	14	2,83
Não sei explicar o motivo	8	1,62
Outro	13	2,63
Outro: Falta de posicionamento como profissional	24	4,85
Outro: Falta de valorização pela sociedade e pelo trabalho	9	1,82
Outro: Não é reconhecido apesar da importância de seu papel na saúde	8	1,62
Outro: Por questões de gênero	4	0,81
Não respondeu	4	0,81
TOTAL	**495**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo a percepção sobre alterações a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2005.

PERCEPÇÃO SOBRE ALTERAÇÕES A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	Fi	F%
Ampliou o mercado de trabalho	261	48,07
Reduziu o mercado de trabalho	3	0,55
Melhorou as perspectivas profissionais	166	30,57
Não interferiu	56	10,31
Não sei opinar	28	5,16
Piorou	1	0,18
Não respondeu	28	5,16
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo a percepção de sua profissão em relação à autonomia profissional. Brasil, 2005.

PERCEPÇÃO SOBRE SUA PROFISSÃO EM RELAÇÃO À AUTONOMIA PROFISSIONAL	Fi
O enfermeiro tem grande autonomia para a execução de todas as atividades de saúde.	30
O enfermeiro tem grande autonomia para a execução das atividades de enfermagem	1
O enfermeiro tem grande autonomia para a execução das atividades de enfermagem, mas baixo poder decisório perante a equipe de saúde.	160
O enfermeiro tem baixa autonomia tanto para a execução das atividades de enfermagem quanto perante os demais profissionais da equipe de saúde	49
O enfermeiro vem aumentando seu grau de autonomia tendo na atualidade possibilidade de se estabelecer como profissão liberal	261
O enfermeiro na sua essência é uma profissão com baixa autonomia e subordinação técnica	31
Não sei opinar	5
Não resposta	28
TOTAL	**565**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 8 - Distribuição dos enfermeiros por fatores motivantes na vida profissional. Brasil, 2005.

FATORES MOTIVANTES	Fi	F%
Boa remuneração	224	41,25
Boas condições no ambiente de trabalho	163	30,02
Reconhecimento profissional	187	34,44
Carga horária reduzida	32	5,89
Prestar bons serviços à população	215	39,59
Ter bons colegas no trabalho	45	8,29
Ocupar cargos de comando	5	0,92
Não sou motivado com o trabalho de enfermeiro	8	1,47

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 9 - Distribuição dos enfermeiros por fatores desmotivantes na vida profissional. Brasil, 2005.

FATORES DESMOTIVANTES	Fi	F%
Falta de reconhecimento	232	42,73
Carga horária	116	21,36
Ter mais de 1 emprego	105	19,34
Trabalhar em vínculos diversos	59	10,87
Condições de trabalho	218	40,15
Outros	46	8,47

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros por preferência sobre sua atividade. Brasil, 2005.

PREFERÊNCIA SOBRE SUA ATIVIDADE	Fi	F%
Trabalho com vínculo formal	149	27,44
Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração	70	12,89
Em instituição privada	22	4,05
Trabalho com vínculo mais flexível	1	0,18
Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado.	162	29,83
Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista	69	12,71
Não sei opinar	9	1,66
Outra	5	0,92
Outra: Bom salário, boas condições de trabalho, bom relacionamento interpessoal.	3	0,55
Outra: Funcionário público bem remunerado	20	3,68
Outra: Vínculo formal, bem remunerado.	0	0,00
Não-resposta	33	6,08
TOTAL	**543**	**100,00**

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 11 - Distribuição dos enfermeiros segundo a interferência da legislação do exercício profissional. Brasil, 2005.

A LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL INTERFERE:	Fi	F%
Facilitando a profissão	263	48,40
Ampliando o mercado de trabalho	98	18,00
Dificultando a profissão	59	10,90
Não altera	81	14,90
Não conheço	12	2,20

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Tabela 12 - Distribuição dos enfermeiros segundo a interferência da fiscalização dos conselhos de enfermagem. Brasil, 2005.

A FISCALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM INTERFERE:	Fi	F%
Facilitando a profissão	160	29,50
Ampliando o mercado de trabalho	98	18,00
Dificultando a profissão	97	17,90
Não altera	148	27,30
Não sei opinar	17	3,10

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Enfermeiros - RORHES-IMS/UERJ – 2005.

Apêndice C

Roteiro de entrevistas

ENTREVISTA - MERCADO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS

Questões Orientadoras

Nome do entrevistado:
Função:
Data da entrevista:

1. Como você vê a Enfermagem no Brasil hoje? E no seu estado?
2. Em sua opinião, quais os problemas que afetam o mercado de trabalho do enfermeiro no seu estado?
3. Em sua opinião, o enfermeiro precisaria de mais reconhecimento na sociedade?
4. Você considera que o enfermeiro tem dificuldade de conseguir emprego formal na atualidade?
5. Você considera que o enfermeiro é uma profissão bem remunerada no mercado de trabalho?
6. Em sua opinião o trabalho do enfermeiro está sujeito à tendência de flexibilização hoje presente no mercado de trabalho em geral?
7. Em sua opinião os enfermeiros estão submetidos a modalidades de trabalho precário?
8. O enfermeiro, na atualidade, está desempenhando mais atividades como autônomo/ profissional liberal?
9. Como você percebe a profissão do enfermeiro em relação à autonomia profissional?
10. Na sua percepção, o que mudou para o enfermeiro a partir da implantação do Sistema Único de Saúde?
11. O que considera como motivador na vida profissional do enfermeiro?

12. E o que menos motiva a vida profissional do enfermeiro?

13. Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

A. ☐ Trabalho com vínculo formal
B. ☐ Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
C. ☐ Em instituição privada
D. ☐ Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado
E. ☐ Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
F. ☐ Não sei opinar

Apêndice D

Relatório das entrevistas

ENTREVISTA - MERCADO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS

Iniciamos as entrevista apresentando a pesquisa e seus objetivos, declarando o interesse em entrevistar atores qualificados que possam analisar o cenário regional e nacional do Mercado de Trabalho.

Dirigentes Regionais dos COREN

Amazonas

Nome do entrevistado: Paulo Lima
Função: Presidente do COREN - AM
Data da entrevista: 26/10/2005

Foi indagado, inicialmente, sobre os problemas que afetam o mercado de trabalho no Estado. Lembrou que há uns anos só eram formados 25 enfermeiros por ano e que, hoje me dia, a oferta aumentou segundo ele “muita oferta para poucos postos”. No Estado do Amazonas o grande empregador é o setor público - estado e municípios. A remuneração está na média de R$ 1900,00. A prefeitura paga um pouco mais e o setor privado paga menos. Quando inquirido sobre o tipo de trabalho para enfermeiros no estado, informou que ainda predomina o emprego formal. Entretanto, o estado já apresenta sinais de tendência à flexibilização do trabalho com constituição de cooperativas, que já são em torno de cinco, nas quais os enfermeiros ganham cerca de R$ 400,00 por plantão, com alguns profissionais chegando a receber R$12.000,00 por mês de trabalho, porém sem direitos trabalhistas. São, na verdade, agências de emprego, de prestação de serviços.

Existem cooperativas que já contam com 200 enfermeiros “associados”, o que está representando, na atualidade, uma boa parcela do mercado. Não observa uma tendência à prática liberal do enfermeiro.

Em relação à autonomia reconhece que o enfermeiro a vem adquirindo e conquistando mais espaços, principalmente nos últimos 15 anos, pela atuação do presidente do COFEN. Na atualidade, a grande maioria dos dirigentes de unidades de saúde no estado são enfermeiros. Mas, considera que ainda há subordinação na equipe.

Considera que o SUS ampliou o mercado de trabalho para os enfermeiros, mas frisa que as condições de trabalho são péssimas.

Quando perguntado sobre o elemento mais motivador para o trabalho do enfermeiro apontou a boa formação e o salário. Quando fala em formação refere-se ao enfermeiro capaz e com competência reconhecida. Mas, acredita que o salário vem em primeiro lugar. O que menos motiva os profissionais são os baixos salários e as precárias condições de trabalho.

Acredita que atualmente o enfermeiro tem mais reconhecimento social, pois está se posicionando, mas ainda precisa de mais visibilidade, uma vez que há confusão de identificação na própria equipe de enfermagem.

Foi solicitado ao entrevistado escolher uma opção da questão abaixo:

Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

G. ☐Trabalho com vínculo formal
H. X☐Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração. (para um grupo)
I. ☐Em instituição privada
J. X☐Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado. (para outro grupo)
K. ☐Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
L. ☐Não sei opinar

Ceará

Nome do entrevistado: Najla Gurgel
Função: Presidente do COREN - CE
Data da entrevista: 26/10/2005

A presidente do COREN apontou como principais problemas para o trabalho do enfermeiro o desconhecimento das atividades e da legislação, o que pode acarretar subserviência e dificuldade de encontrar emprego. Entretanto, afirmou que conseguem emprego logo que se formam, embora não se realizem profissionalmente. Considera que o emprego formal está diminuindo, e já observa o surgimento de modalidades mais flexíveis. Existem poucos concursos no estado. Considera o salário do enfermeiro abaixo dos das outras categorias do setor saúde. O estado paga em torno de R$ 800,00 e a rede privada em torno de R$1.200,00. Existem várias cooperativas no estado (declarou estar à frente de uma entidade representativa deste segmento) que pagam em média R$ 15,00 a hora trabalhada. Já para a docência as cooperativas pagam R$60,00 a hora.

Identifica que já existem empresas de enfermagem no estado que pertencem aos enfermeiros. Considera que a autonomia do enfermeiro aumentou nos últimos 20 anos e que a categoria ocupa mais cargos de chefia, e de direção de unidades, e que muitos são gestores. Aponta que o SUS ampliou muito o mercado de trabalho para os enfermeiros. Acha que a paixão é que motiva o trabalhador enfermeiro e identifica como fator desmotivante as barreiras para o desempenho das atividades (lei do ato médico e outras).

Aponta também como problema o agente de saúde estar desempenhando atividades de enfermagem e percebe a enfermagem ainda com pouco reconhecimento social.

Foi solicitado ao entrevistado escolher uma opção da questão abaixo:

Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

A. ☐Trabalho com vínculo formal
B. X☐Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
C. ☐Em instituição privada
D. ☐Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado.
E. ☐Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
F. ☐Não sei opinar

São Paulo

Nome do entrevistado: Cláudio Álvares Porto
Função: Diretor de Fiscalização do COREN - SP
Data da entrevista: 26/10/2005

O principal problema apontado pelo representante de São Paulo para o exercício da profissão foi a incompatibilidade entre o que se aprende na faculdade, e o que executa na realidade do trabalho. Não acredita que o enfermeiro tenha dificuldades de encontrar emprego, e quanto mais competente, mais fácil se torna encontrar um posto de trabalho no mercado. Isso também está relacionado com a faculdade em que se forma, se pública ou privada. Outra questão apontada foi a região em que se dá a entrada no mercado. Opina que a área de atuação também é um fator que deve ser considerado. Emergência, UTI, *Home Care*, PSF são áreas de maior oferta atualmente.

Apesar de vir crescendo o número de cooperativas, ainda considera que predomina o vínculo formal e que há pouco trabalho precário. No estado o salário varia muito. Na rede privada está entre R$ 1.500,00 e R$ 4.000,00, já no setor público o salário varia entre R$1.200,00 a R$ 2.800,00.

Percebe o enfermeiro com pouca autonomia, apesar de atualmente estar ocupando cargos de comando (Diretor de Hospitais, Secretários Municipais de Saúde e outros).

Acredita que há uma tendência para o crescimento do trabalho autônomo do enfermeiro em *Home Care* e em Ostomia.

Considera que o mais motivador para a procura da profissão é a perspectiva de emprego. O que menos motiva é o baixo reconhecimento profissional e a baixa valorização, aí se referindo especificamente aos salários.

Admite preocupação com a formação profissional, que precisa melhorar. Acha que o SUS aumentou em muito o mercado principalmente com o PSF. Percebe a Saúde Pública como um campo promissor, mas acha que a tendência principal é para o enfermeiro especializado. Citou como exemplos os novos campos que surgem para o trabalho do enfermeiro, como em Análises Clínicas e em Hemoterapia.

Foi solicitado ao entrevistado escolher uma opção da questão abaixo:

Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

A. ☐Trabalho com vínculo formal
B. ☐Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
C. ☐Em instituição privada
D. ☐Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado.
E. X☐Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
F. ☐Não sei opinar

Paraíba

Nome do entrevistado: Carlos Bezerra de Lima
Função: Ex-Presidente do COREN - PB
Data da entrevista: 26/10/2005

No estado da Paraíba o principal problema para os enfermeiros é a falta de reconhecimento social, evidenciado pela contratação de técnicos e auxiliares ao invés de enfermeiros. Uma outra questão apontada foram os baixos salários. Segundo informou, os salários variam entre R$ 500,00 e R$1.500,00 na rede privada e R$ 400,00 rede Pública. No PSF o salário está na faixa de R$ 2.000,00.

Não é difícil conseguir emprego, entretanto os salários são baixos e não são boas as condições de trabalho. Exemplificou que 60% dos graduandos vão trabalhar no PSF sem carteira assinada, e que são vinculados por contratos temporários. Acredita que cresce o trabalho precário. O estado conta com uma cooperativa de trabalho.

São utilizados estudantes em estágios extra-curriculares para substituir o trabalho do profissional.

Considera que o enfermeiro, atualmente, tem mais autonomia e ocupa mais cargos de chefia e de direção.

O exercício profissional como autônomo existe, mas ainda é inexpressivo. Um campo importante para o trabalho do enfermeiro foi o SAMU, onde a categoria tem grande expressão.

Aponta que o SUS ampliou o mercado de trabalho, mas se esperava ainda mais.

Foi solicitado ao entrevistado escolher uma opção da questão abaixo:

Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

A. X☐Trabalho com vínculo formal
B. ☐Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
C. ☐Em instituição privada
D. ☐Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado.
E. ☐Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
F. ☐Não sei opinar

Espírito Santo

Nome do entrevistado: Antonio Coutinho
Função: Presidente do COREN - ES
Data da entrevista: 26/10/2005

O entrevistando aponta o baixo reconhecimento social como principal problema no trabalho do enfermeiro. Afirma que " a sociedade não reconhece o enfermeiro". Diz, ainda, que é necessária a melhoria da qualidade da formação do profissional.

Em sua opinião, no estado não há cooperativa e o principal responsável pela flexibilização do trabalho é o setor público, que utiliza o contrato temporário como forma de vinculação para o PSF. O salário para estes profissionais está na faixa de R$3.500,00. No setor público os salários variam entre R$1.200,00 e R$ 2.000,00, já no setor privado a remuneração está em torno de R$ 1.000,00.

Considera que a prática do trabalho autônomo é inexpressiva no estado. Afirma que o SUS ampliou o mercado de trabalho dos enfermeiros e, em sua opinião, o enfermeiro tem mais espaço na saúde pública.

O que mais motiva o profissional é o salário, principalmente por causa do PSF. O principal elemento desmotivador é a falta de reconhecimento social.

Reconhece no estado uma tendência para o enfermeiro generalista.

Foi solicitado ao entrevistado escolher uma opção da questão abaixo:

Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

A. ☐ Trabalho com vínculo formal
B. X☐ Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
C. ☐ Em instituição privada
D. ☐ Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado.
E. ☐ Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
F. ☐ Não sei opinar

Piauí

Nome do entrevistado: Fátima Sampaio
Função: Presidente do COREN - PI
Data da entrevista: 26/10/2005

O principal problema apontado é a falta de autonomia. Na sua opinião quem manda, ainda, são os médicos. No estado não há dificuldade para o enfermeiro conseguir emprego. Aponta uma tendência aode crescimento de vínculos precários e à diminuição do emprego formal. Refere que a grande maioria dos vínculos são precários.

Em relação ao preço do trabalho do enfermeiro, aponta que o setor privado paga em torno de R$ 2.400,00 e o setor público na faixa de R$ 2.000,00, sendo que na capital o salário é menor. O melhor salário é pago pelo PSF.

Diz que no estado não tem cooperativa, mas apenas uma empresa de serviços de enfermagem. É muita pequena a prática do enfermeiro como profissional liberal. Afirma que atualmente tem muitos enfermeiros donos de escolas.

Acha que o enfermeiro perdeu espaço em relação a cargos de chefia e direção. Afirma que há um tempo atrás, em 69% das SMS, os gestores eram enfermeiros e que hoje isso mudou.

Considera que aumentou muito o reconhecimento social do enfermeiro, principalmente no interior, e isso se deu em função do PSF.

O SUS teve um impacto positivo no mercado de trabalho do enfermeiro, principalmente depois do PSF. Atribui ao PSF o aumento das vagas e de cursos de graduação de enfermagem. Acha que a tendência principal é do enfermeiro generalista e de saúde coletiva.

No estado o principal empregador é o setor público.

Foi solicitado ao entrevistado escolher uma opção da questão abaixo:

Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

A. ☐Trabalho com vínculo formal
B. ☐Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
C. ☐Em instituição privada
D. ☐Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado.
E. X☐Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
F. ☐Não sei opinar

Mato Grosso

Nome do entrevistado: Vicente Pereira Guimarães
Função: Presidente do COREN - MT
Data da entrevista: 27/10/2005

Aponta o duplo vinculo como problema, mas que, em MT, a legislação já legalizava o duplo vínculo desde 1990. Considera um grande problema o crescimento de cursos em faculdades sem estrutura, o que julga temeroso para o mercado, podendo resundar na diminuição dos salários e até na falta de emprego no futuro; diz que " teremos problemas daqui a 5 anos". Atribui a este crescimento, e ao aumento da procura pela graduação de enfermagem, a boa perspectiva do mercado de trabalho. "O enfermeiro em Mato Grosso já está contratado antes de colar grau", afirma.

O PSF é o maior empregador e o que mais bem remunera . Os salários variam de R$ 2.500,00a R$ 5.000,00. No setor privado os salários são mais baixos, variando entre R$ 800,00 a R$ 1.200,00 mas, podendo chegar a R$ 2.500,00.

O estado paga em torno de R$ 2.700,00 por 30 horas, já no município esta faixa vai de R$ 1.200,00a R$ 1.500,00. No interior o salário é menor.

Em relação ao futuro do mercado, acha que os bons permanecerão; a maior parte dos técnicos e auxiliares está fazendo graduação.

As formas de contrato para o PSF são pela CLT ou por contrato temporário. Mas, acredita que no estado, vendo o mercado como um todo, ainda predominam os vínculos formais.

Citou a prática de estágio voluntário como forma de utilização da força de trabalho, principalmente para técnicos e auxiliares- " para o enfermeiro isso é pouco".

Considera que aumentou a autonomia do enfermeiro, mas está tendo muitos problemas com a lei do ato médico. Tem havido, inclusive, tentativas de prisão dos profissionais por causa disso. No estado, atualmente, os enfermeiros ocupam mais cargos de chefia (gestores de SMS, direção de hospital, assessorias, etc). Afirma que o COFEN teve papel decisivo para firmar o enfermeiro em cargos de direção.

Diz que no estado a prática de Home Care é baixa. A Unimed tem um serviço de Home Care. Entretanto, está começando um novo tipo de atividade – empresas de consultoria. Observam-se, também, muitos enfermeiros *auditores*.

Aponta que o SUS teve um impacto muito grande no mercado de trabalho. Acha que o Ministro José Serra privilegiou a enfermagem. O PSF aumentou muito a empregabilidade do enfermeiro.

Considera que a empregabilidade é o principal motivador do enfermeiro. E, o que menos motiva, são os baixos salários, principalmente do setor privado. Considera que este setor está enfrentando sérias dificuldades no estado pois três grandes hospitais privados fecharam recentemente.

Foi solicitado ao entrevistado escolher uma opção da questão abaixo:

Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

A. ☐Trabalho com vínculo formal
B. X☐Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
C. ☐Em instituição privada
D. ☐Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado.
E. ☐Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
F. ☐Não sei opinar

Alagoas

Nome do entrevistado: Delano Barros
Função:Tesoureiro do COREN - AL
Data da entrevista: 27/10/2005

Alagoas importa enfermeiros de outros estados. O quantitativo atual é de 1500, mas a necessidade é de cerca de 4mil. Os profissionais têm pouca qualificação. A oferta de cursos de pós-graduação é muito baixa no estado. Em Alagoas não tem mestrado e estima que um número expressivo de enfermeiros está à procura de uma pós- graduação, seja *latu sensu* ou *estrictu sensu.*

No estado já existem cooperativas de trabalho de enfermeiros que trabalham com *Home Care*. Entretanto, ainda predomina o vínculo formal. O setor público é um importante empregador- " aumentou com concurso público".

Considera que o impacto do SUS seja relativo no mercado de trabalho, pois atribui um maior impacto ao PSF, que aumentou o emprego com vínculos formais.

O salário pago no PSF varia entre R$ 2500,00 e R$ 3.000,00. No restante do setor público o salário está na faixa de R$ 1.800,00 e R$ 2.000,00, havendo gratificações para quem trabalha em urgência e em emergência. O setor privado remunera menos estando os salários entre R$ 800,00 e R$900,00.

Todos os profissionais têm pelo menos 2 vínculos.

Considera que a autonomia dos enfermeiros tem aumentado tanto na capital como no interior (acha que aí ainda é melhor). Apesar disso ainda avalia como baixa a autonomia do enfermeiro pelas restrições na atuação. Aponta que os enfermeiros têm ocupado mais cargos de chefia e de gestores.

Em relação ao trabalho autônomo, vê uma grande tendência no estado. Exemplifica com a abertura da primeira casa de parto privada trabalhando com

enfermeiros. Além disso, existem consultórios de enfermagem em obstetrícia com uma boa demanda. Pesquisas no estado demonstraram que o pré-natal feito por enfermeiros diminuiu os riscos para o parto. Afirma que 90% dos partos atualmente tiveram pré-natal realizado por enfermeiros, com diminuição dos riscos.

Avalia que o que mais motiva a categoria é a empregabilidade, e o que menos motiva é a falta de autonomia em alguns hospitais.

Considera que o reconhecimento social do enfermeiro aumentou, pois sua atuação reduziu a mortalidade infantil no estado.

Foi solicitado ao entrevistado escolher uma opção da questão abaixo:

Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

A. ☐Trabalho com vínculo formal
B. X☐Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
C. ☐Em instituição privada
D. ☐Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado.
E. ☐Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
F. ☐Não sei opinar

Distrito Federal

Nome do entrevistado: Eduardo Pereira de Carvalho
Função:Secretário do COREN - DF
Data da entrevista: 27/10/2005
Participou também da Entrevista a Presidente do Sindicato dos Enfermeiros do DF-

Foi apontado como problema o número reduzido de profissionais na rede pública, pois existem poucas vagas. Calcula que exista um déficit de 1300 profissionais. Considera que há uma disparidade salarial, tanto entre instituições como entre profissionais da equipe de saúde. Para exemplificar, diz que no setor público o salário varia entre R$1.200,00 chegando até a R$6.000,00. No setor privado os salários pagos estão entre R$1.200,00 e R$2.600,00. O PSF está pagando em torno de R$ 3.000,00.

Avalia que o enfermeiro tem boa empregabilidade, e que predomina o emprego formal. No DF são poucas as cooperativas de trabalho, mas a prática de *Home Care* vem crescendo. Os enfermeiros que estão no PSF têm vínculos formais e ingressaram através de seleção pública.

Acredita que os enfermeiros atualmente possuem mais autonomia, e atribui a isso a melhoria da qualidade do ensino da enfermagem e a legislação. Considera que o SAMU tem sido um campo de trabalho que contribuiu para o aumento da autonomia.

No DF é pouco expressivo o trabalho autônomo do enfermeiro, mas existem algumas empresas de *Home Care* e de esterilização. Observa, ainda, a existência de enfermeiros exercendo auditoria e possuindo empresas de remoção de pacientes.

Em sua opinião o SUS teve um impacto positivo no mercado de trabalho, principalmente com a implantação do PSF. Justifica que o aumento do número de

cursos e de vagas para graduação em enfermagem é para atender à necessidade da população. Afirma que não há desemprego para o enfermeiro. Considera que aumentou o reconhecimento social do enfermeiro, que tem ampla participação nos programas oficiais da saúde e maior visibilidade.

A carga horária de trabalho varia entre 20 e 40 horas, mas há um movimento para que seja oficializada a carga horária de 20 horas.

Foi solicitado ao entrevistado escolher uma opção da questão abaixo:

Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

A. ☐Trabalho com vínculo formal
B. X☐Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
C. ☐Em instituição privada
D. ☐Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado.
E. ☐Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
F. ☐Não sei opinar

Santa Catarina

Nome do entrevistado: Luis Scarduelli
Função: Presidente do COREN - SC
Data da entrevista: 27/10/2005
Participou também da entrevista Silvia Maria Teixeira Limeira – Coordenadora de Denuncia e Ética do COREN-SC

Foi apontado como problema para o mercado de trabalho a concentração geográfica na capital e no litoral, além dos baixos salários. Há poucos enfermeiros no interior do estado e muita rotatividade. Afirma que já percebe uma diminuição do emprego e uma tendência de migração de enfermeiros para a Itália.

Considera que, no estado, predomina o emprego com vínculo formal, seja por concurso público ou pela CLT. Afirma ser inexpressivo o trabalho de enfermeiros em cooperativas, e que existem cerca de 4 empresas de *Home Care* cujos donos são enfermeiros.

O salário no setor público está em torno de R$ 1.000,00, e no setor privado varia entre R$ 1.300,00 a R$ 2.500,00. No PSF o salário está em torno de R$ 3.000,00, sendo que os enfermeiros se vinculam por meio de contrato temporário, mas pela CLT. No interior os salários são maiores, mas há dificuldade de fixar o profissional.

O setor público é o maior empregador. Acredita que 80% dos enfermeiros de SC estão no PSF. Ainda é pouco observada a inserção do enfermeiro como profissional liberal, exceto no *Home Care,* que está centrado na capital. O SUS aumentou o mercado de trabalho, principalmente após o PSF.

A maioria dos enfermeiros tem dois ou mais empregos. Considera que houve aumento da autonomia, e que muitos profissionais ocupam cargos de chefia e direção.

Avalia que oferta de empregos é o elemento motivador para os enfermeiros e que a carga horária e os baixos salários são desmotivadores.

Julga que aumentou o reconhecimento social do enfermeiro, e que este é um processo histórico, apesar de o COREN do estado ter sido criado recentemente.

Foi solicitado ao entrevistado escolher uma opção da questão abaixo:

Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

A. ☐Trabalho com vínculo formal
B. ☐Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
C. ☐Em instituição privada
D. X☐Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado.
E. ☐Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
F. ☐Não sei opinar

ABEN – Nacional

Nome do entrevistado: Francisca Valda da Silva
Função: Presidente
Data da entrevista: 21/02/2006

Apontou como um dos problemas da enfermagem brasileira o fato de é trabalhar na ótica do modelo da medicalização, de tratamento de doença. Argumenta que o papel social dos enfermeiros nos serviços de saúde cresce, e tende a crescer mais ainda pois a força de trabalho é de fácil adaptação, caso haja inversão da lógica do sistema: “Se a lógica institucional for outra, a enfermagem se adapta”. Pontua a necessidade de decisão de governantes e de aplicação de políticas de estado em investimentos na qualificação da força de trabalho de enfermagem, em pesquisa e em desenvolvimento tecnológico. Indica, ainda como problema, a tendência de precarização do trabalho do enfermeiro. Acredita que o enfermeiro vem sendo fortemente atingido pela flexibilização do trabalho.

Analisa que o enfermeiro tem conquistado mais legitimidade com o usuário e visibilidade para a população. Entretanto, apesar da necessidade do trabalho da enfermagem, há pouco reconhecimento e valorização deste trabalho no sistema.

Avalia que o emprego formal vem diminuindo, e que cresce o trabalho informal. Em relação à remuneração, julga ser o enfermeiro alvo de discriminação em termos de valorização econômica, citando como exemplo o PSF onde os enfermeiros tanto recebem salários menores, como são submetidos à carga horária superior à do médico.

Fez uma reflexão sobre a falta de acúmulo de organização social do enfermeiro, que se reflete tanto na postura de submissão intelectual na equipe de

saúde como na reprodução da ideologia dominante com o auxiliar de enfermagem. Tais posturas prejudicam o crescimento coletivo e a solidariedade.

Considera que a prática do enfermeiro ainda é institucionalizada, mas que o trabalho autônomo, como profissional liberal, é um desejo no imaginário da profissão. Na sua avaliação esta modalidade de trabalho não é representativa entre os enfermeiros.

Ao ser indagada sobre o impacto do SUS no mercado de trabalho dos enfermeiros, julga que foi uma influência positiva. Entretanto, insiste que, o que cresceu foram postos de trabalho e não emprego formal. No seu entendimento, houve também um aumento na credibilidade do enfermeiro.

Considera que o enfermeiro tem baixa autonomia na equipe, principalmente no trabalho hospitalar. Avalia que o trabalho na saúde pública possibilita uma maior autonomia. Apesar de reconhecer que os enfermeiros vêm ocupando mais postos de direção, os considera cargos de gestão e não um posto de trabalho específico do enfermeiro, não sendo, portanto, um indicativo de aumento da autonomia da categoria.

Aponta, como elemento motivador, a aspiração de ser um profissional liberal respeitado e com prestígio social. Antigamente a enfermagem era vista como sacerdócio, uma profissão escolhida para fazer caridade. Atualmente, com o desenvolvimento da cidadania, isso mudou. Ser enfermeiro pode representar para muitos a possibilidade de mobilização (ascensão) social. Já, o que menos motiva, é a desvalorização econômica, que também traduz outras formas de desvalorização. “O enfermeiro quer prestígio” diz.

Avalia que a lei do exercício profissional representou avanço, mas acredita que espaço de trabalho não é conquistado com leis auto-regulatórias.

Foi solicitado ao entrevistado escolher uma opção da questão abaixo:

Em sua opinião os enfermeiros, na atualidade, preferem:

A. ☐Trabalho com vínculo formal
B. X☐Funcionário público com estabilidade não importando a remuneração
C. ☐Em instituição privada
D. ☐Trabalho com vínculo mais flexível, porém bem remunerado.
E. X☐Ser bem remunerado não importando a situação trabalhista
F. ☐Não sei opinar

Justifica as duas opções por um desejo de associar a estabilidade à boa remuneração