

Ronir Raggio Luiz

Lígia Bahia

Renda e inserção profissional dos médicos brasileiros após instituição do Sistema Único de Saúde

Income and vocational integration of Brazilian physicians since the establishment of the National Health System

RESUMO

OBJETIVO: Analisar as tendências de inserção no trabalho e composição de renda dos médicos a partir das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD).

MÉTODOS: Os microdados das PNAD de 1988, 1993, 1998 e 2003 foram analisados segundo parâmetros demográficos, sociais e ocupacionais. Na análise exploratória foram consideradas as tendências relacionadas com o emprego e renda dos médicos. As associações estatísticas foram avaliadas pelo teste qui-quadrado.

RESULTADOS: Quanto ao perfil demográfico observou-se uma tendência de ampliação da presença de mulheres e de profissionais com mais de 55 anos, além da preservação da alta proporção de brancos. Com relação à ocupação e à renda, observou-se um aumento do empresariamento médico e a manutenção de elevados rendimentos, em termos relativos, especialmente para aqueles que mesclavam ocupações de empregado e empregador.

CONCLUSÕES: A possibilidade do exame de características individualizadas de ocupação e renda e dos múltiplos vínculos dos médicos, disponíveis nas PNAD, ainda que limitadas, contribui para o aprofundamento da compreensão dos padrões e mudanças da inserção dos médicos brasileiros no mercado de trabalho no período pós-implementação do Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: Médicos, provisão & distribuição. Mercado de Trabalho. Levantamentos Demográficos. Brasil.

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva.
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Ronir Raggio Luiz
Prédio do IESC
Pç. Jorge Machado Moreira, 100
Cidade Universitária
21941-598 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: ronir@iesc.ufrj.br

Recebido: 21/06/2008
Revisado: 05/01/2009
Aprovado: 14/01/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze trends relating to physicians' vocational integration and income composition from the *Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio* (PNAD – National Household Sampling Surveys).

METHODS: PNAD microdata from 1988, 1993, 1998 and 2003 were analyzed in relation to demographic, social and occupational parameters. In the exploratory analysis, trends relating to physicians' employment and income were considered. Statistical associations were evaluated by means of the chi-square test.

RESULTS: Regarding the demographic profile, a trend of increasing presence of women and of professionals over 55 years of age was observed, with a continuing high proportion of whites. Regarding occupation and income, there was an increase in entrepreneurialism among physicians and maintenance of high income, in relative terms, especially among those who combined the occupations of employee and employer.

CONCLUSIONS: The possibility of examining individualized characteristics of occupation and income, along with physicians' many professional ties, which albeit in a limited manner can be done through PNAD, contributes towards deepening the comprehension of the patterns and changes in Brazilian physicians' integration in the labor market since the implementation of the *Sistema Único de Saúde* (SUS – National Health System).

DESCRIPTORS: Physicians, supply & distribution. Job Market. Population Surveys. Brazil.

INTRODUÇÃO

Entre as mudanças tecnológicas, gerenciais, institucionais e políticas que ocorreram no sistema de saúde a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o mercado de trabalho de profissionais de saúde – ou, em outros termos mais amplos, a força de trabalho da saúde – tem sido analisado a partir de diversas bases de informação e perspectivas metodológicas. O tema ocupa lugar de destaque na agenda dos sistemas de saúde na América Latina desde os anos 1950. Nessa época, entre outras relevantes transformações setoriais, a criação do Serviço Nacional de Saúde no Chile em 1952, inspirado no modelo universal inglês (instituído em 1948), impôs desafios teórico-conceituais e institucionais à formação de recursos humanos, especialmente de médicos que fossem considerados adequados à expansão da oferta pública de serviços de saúde.⁶

No Brasil, segundo Nunes,¹² o trabalho pioneiro de Donnangelo sobre as relações entre o padrão de intervenção estatal e o mercado de trabalho médico, fundamentado em um inquérito com médicos na cidade de São Paulo em 1971, dimensionou a participação de três formas puras ou combinadas de inserção no mercado de trabalho: autônomas, assalariadas e dos proprietários de empresas privadas. O predomínio das formas combinadas (56,8% da amostra) e as constatações de associação entre maiores patamares de renda e controle dos meios de produção sinalizaram alterações

no padrão de estratificação dos médicos em termos de renda, prestígio e qualificação profissional. O conceito de organização social da prática médica formulado por Donnangelo⁴ inspirou ainda o resgate da historicidade das mudanças na medicina e no trabalho médico. Os estudos de Nogueira,^{10,11} Schraiber,¹⁵ Campos¹ e Paim,¹³ entre outros, detalharam as singularidades do processo de divisão técnica do trabalho médico e suas repercussões sociais, econômicas, jurídicas, políticas e ideológicas, sistematizando o processo de articulação do trabalho, com a organização e a institucionalização da prática médica.

A partir de meados dos anos 1980, as informações sobre o mercado de trabalho médico passaram a ser captadas de fontes oficiais provenientes de pesquisas e cadastros sistemáticos com abrangência nacional, como a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). As unidades de observação dessas fontes – estabelecimentos de saúde ou estabelecimentos em geral – permitiram a quantificação e categorização dos postos de trabalho de médicos. Inquéritos específicos, também de âmbito nacional, foram conduzidos por instituições de ensino e pesquisa e entidades profissionais, como

a Fundação Oswaldo Cruz e o Conselho Federal de Medicina em 1995^a e em 2002-2003,^b ou localizados, como o do Conselho Regional de Medicina de São Paulo em 2007,^c aportaram informações individualizadas sobre a inserção de profissionais de saúde no mercado de trabalho.

A reinscrição recente do problema dos recursos humanos na pauta de prioridades setoriais no contexto da implementação do SUS e a reorganização dos serviços de saúde privados têm tido como foco as transformações nas formas de contratação dos profissionais de saúde. Além disso, os efeitos conjugados da adoção dos preceitos uniformizados do Regime Jurídico Único (RJU) para a contratação de servidores públicos, implementados na vigência de restrições orçamentárias e ajuste fiscal e a flexibilização das regras de absorção dos trabalhadores em estabelecimentos privados de saúde, resultaram no crescimento da terceirização e das diversas formas de ocupação não regulamentadas do setor.⁷

Assim, acompanhando as mudanças no sistema de saúde brasileiro, o foco dos estudos recai sobre a magnitude e o detalhamento do mercado de trabalho médico e sobre as alterações nas formas de contratação e precarização e nos conflitos gerados por tensões entre esferas de poder e corporações profissionais. Mais recentemente, o aprofundamento das análises da oferta, demanda e formas de inserção dos médicos no mercado de trabalho passou a subsidiar os debates de instituições governamentais, entidades de representação profissional e empresas privadas acerca das previsões sobre as necessidades de especialistas e polêmicas que envolvem a quantidade e a qualidade das instituições de formação dos médicos no Brasil.

A rica e diversificada produção nacional de conhecimentos sobre recursos humanos e saúde, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação no âmbito Ministério da Saúde em 2003 e o estabelecimento de uma Rede de Observatórios de Recursos Humanos reafirmaram a relevância do tema e estimularam a emergência de grupos de pesquisas locais. No sentido do reconhecimento da importância e especificidades da investigação sobre o trabalho e as profissões de saúde, as bases de informações sobre trabalho médico

têm sido, quase sempre, analisadas por pesquisadores e técnicos aptos a inferir, a partir das evidências empíricas parciais, os complexos processos sociais subjacentes às estatísticas.

As duas fontes de informações mais consultadas sobre o mercado de trabalho dos médicos são as Pesquisas AMS, realizadas pelo IBGE desde 1976 e a RAIS, instituída pelo Decreto n. 76.900,^d com o objetivo de suprir necessidades de controle da atividade trabalhista no País e mantida pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Os dois inquéritos com médicos brasileiros realizados em 1995 e em 2002-2003 e os cadastros dos conselhos de medicina, bem como as informações provenientes de investigações pontuais, complementaram as análises sobre os traços predominantes na estrutura e dinâmica do trabalho dos médicos. Essas fontes, especialmente as oficiais, registram dimensões distintas do mercado de trabalho. Enquanto a AMS contabiliza os postos de trabalho existentes, a RAIS informa a quantidade de trabalhadores (médicos) com vínculos formais.

Portanto, dadas as diferenças da natureza e abrangência dos registros sobre a quantidade de médicos, as frequências registradas por essas três fontes (IBGE, RAIS e CFM) não são automaticamente comparáveis. O número de postos de trabalho de médicos informado pela AMS/2005 (476.604),^e que exclui atividade em consultórios particulares, é bastante superior aos cerca de 360.000 médicos inscritos no Conselho Federal de Medicina^f e aos 297.724 empregados formais^g registrados pela RAIS/2005. Essas discrepâncias originadas dos distintos universos de observação das três fontes recomendam o prévio reconhecimento de suas vantagens e desvantagens no que concerne a abrangência e adequação, em relação às análises sobre o mercado de trabalho médico.

As Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), que também incluem informações sobre ocupação, formas de vinculação ao mercado de trabalho, renda e outros dados demográficos e sociais desagregados no nível individual, são menos acessadas do que a AMS e a RAIS nas análises sobre a força de trabalho na saúde. Provavelmente, os dados das PNAD sobre a inserção dos profissionais de saúde são pouco utilizados

^a Machado MH, Rego S, Oliveira ES, Pinto LFS, Lozana J, Sertã F, Teixeira M, Vieira M, D'ávila C. Perfil dos médicos no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD; 1996.

^b Conselho Federal de Medicina. O médico e o seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília; 2004 [citado 2008 jun 20] Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/medico_e_seu_trabalho/trabalho.PDF

^c Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. O trabalho médico no estado de São Paulo. São Paulo; 2007 [citado 2008 jun 18] Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/mercado_de_trabalho.pdf

^d Ministério do Trabalho e do Emprego. Decreto nº 76.900, de 23 de setembro de 1975. Regulamenta a Lei nº 6.226, de 14 de julho de 1975, que dispõe sobre a contagem recíproca de tempo de serviço público federal e de atividades privada, para efeito de aposentadoria, e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 24 dez 1975.

^e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005. Rio de Janeiro; 2006 [citado 2008 maio 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/ams2005.pdf>

^f Ministério da Saúde. DataSUS. Indicadores e Dados Básicos. IDB 2007. Brasília; 2007 [citado 2008 maio 10] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2007/e01.def>

^g Ministério do Trabalho e Emprego. Relação Anual de Informações Sociais - RAIS. Brasília; 2005 [citado 2008 abril 11]. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/rais/default.asp>

pelos pesquisadores por razões metodológicas. O desenho amostral da PNAD não objetiva a obtenção de representatividade de categorias profissionais específicas. Secundariamente, alinham-se problemas operacionais-instrumentais e teóricos concernentes ao processamento e análise de grandes bancos de dados complexos. Pelas PNAD de 1988, 1993, 1998 e 2003, podem ser estimados, respectivamente, 172.412, 178.755, 228.882 e 263.604 médicos no Brasil. Estes números sinalizam uma frequência inferior de médicos em relação às bases citadas anteriormente.

O presente estudo teve como objetivo, a partir das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios, examinar tendências relacionadas ao trabalho, a composição da renda dos médicos brasileiros e o impacto da descentralização do sistema público de saúde nos vínculos dos médicos com o setor público. Assim, considerando a permanência e a reorganização do empresariamento privado da atenção à saúde após a implementação do SUS, o foco da análise volta-se ao exame da inserção e remuneração dos médicos brasileiros como *proxy* dos limites e perspectivas à efetivação do direito universal à saúde enunciado.

MÉTODOS

Foram analisados microdados da PNAD dos períodos de 1988, 1993, 1998 e 2003, correspondendo a 298.368 em 1988, 322.205 em 1993, 344.975 em 1998 e 384.834 em 2003. Os microdados foram cedidos pelo IBGE em CD.

Inicialmente, a escolha dos anos da pesquisa deveu-se, principalmente, à existência de informações especiais sobre saúde das PNAD de 1998 e 2003 (o Suplemento-Saúde), determinando um intervalo de tempo de cinco anos. Julgando que seria metodologicamente conveniente a manutenção desta regularidade temporal, foram incluídas as PNAD de 1993 e 1988, esta última coincidindo exatamente com a implementação do SUS, representando, portanto, um “t0” adequado ao objetivo do estudo.

A base de dados constituiu-se de registros de pessoas com ocupação principal (quando havia mais de uma) ou única de “médico”. Ao selecionar apenas o código de “médico” na primeira ocupação (código “2231” para a PNAD de 2003 e “151” para as demais), as quatro pesquisas geraram uma amostra com 1.886 médicos: 382 em 1988; 400 em 1993; 531 em 1998; e 573 no ano de 2003. Outra opção adotada para a seleção de médicos foi a partir da segunda ocupação como “médico” dos entrevistados apenas nas PNAD de 1993, 1998 e 2003. A pesquisa de 1988 não detalhava nenhuma segunda ocupação. Nesse caso, selecionando aqueles registros

com o código de “médico” para a primeira ou segunda ocupação, chega-se a um banco de dados com 1.586 médicos: 426 em 1993, 559 em 1998 e 601 em 2003. Assim, comparando com a opção de se selecionar apenas a primeira ocupação, incorporam-se 26 médicos para 1993, 28 para 1998 e 28 para 2003. De acordo com as investigações de interesse, foram analisados os dois conjuntos amostrais: um com a PNAD de 1988 (1.886 médicos) e outro sem (1.586 médicos).

Foram selecionadas as seguintes variáveis sociais, demográficas e ocupacionais: sexo; cor ou raça, dicotomizada em branca e não-branca (parda, preta, amarela e indígena); localização entre as cinco regiões brasileiras; se tinha ou não mais de uma ocupação; a posição na primeira ou segunda ocupação, sendo observadas para os médicos as categorias “empregado”, “empregador”, “conta-própria” e, residualmente, “outro trabalhador não-remunerado”; remuneração na primeira ou única ocupação; e renda total, incluindo todas as fontes do entrevistado. A idade do entrevistado foi categorizada em: até 29 anos, 30 a 54 anos e 55 anos ou mais. Para médicos na categoria “empregados” foi analisado o setor do emprego (se privado, federal, estadual ou municipal). Finalmente, os médicos foram classificados pela origem dos seus rendimentos conjugados, como “exclusivamente público”, “exclusivamente privado” e “misto”, considerando as duas possibilidades de inserção.

Para atualização monetária da remuneração dos médicos e considerando-se que nos anos de 1988 e 1993 havia diferentes moedas em circulação no Brasil (cruzado e cruzeiro real, respectivamente), procedeu-se à conversão dos valores de remuneração das PNAD de 1988, 1993 e 1998 para o ano de 2003. Tal conversão pode ser obtida a partir da multiplicação da remuneração dos entrevistados nos anos citados por um fator de correção derivado do deflacionamento e da conversão da moeda. Utilizando-se o Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) do IBGE para efetuar, simultaneamente, o cálculo da inflação e conversão da moeda, a atualização para 2003 dos rendimentos dos médicos nos anos de 1988, 1993 e 1998 foi obtida pela seguinte multiplicação, sendo setembro o mês de referência:^a

1988 → 2003: rendimento em 1988 × 0,013561424;

1993 → 2003: rendimento em 1993 × 0,027014545;

1998 → 2003: rendimento em 1998 × 1,5116135.

Foi utilizado o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas de interesse. As análises foram executadas considerando-se o “peso relativo” dos médicos na amostra de cada ano. Após a atualização para o ano de

^a Banco Central do Brasil. Correção de valores. Brasília; [s.d.] [citado 2008 maio 10] Disponível em: <http://www4.bcb.gov.br/pec/correcao/indexCorrige.asp?u=corrige.asp&id=correcao>

2003, a remuneração na primeira ou única ocupação e também a renda de todas as fontes para os médicos entrevistados foram exploradas basicamente a partir do cálculo dos valores médios e medianos para as categorias de interesse.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta tendências de ampliação da presença de mulheres entre os médicos e de profissionais com mais de 55 anos. Por outro lado, sinaliza a preservação da alta proporção de brancos e da distribuição por regiões, permanecendo forte concentração na região Sudeste. A participação das mulheres entre os médicos foi significativamente crescente: 30,9% em 1988, 35,8% em 1993, 46,7% em 1998 e 47,6% em 2003. A presença de médicos de cor branca permaneceu estável nos quatro anos estudados (86,4%, 84,8%, 88,5% e 88,0%) e muito mais elevada do que a

população brasileira de cor/raça branca em geral (cerca de 53% pela PNAD de 2003). A proporção de médicos com mais de um trabalho diminuiu na década de 1990 e não se alterou no início dos anos 2000 (61,0% em 1988, 52,0% em 1993, 47,8% em 1999 e 46,3% em 2003). A proporção de médicos empregadores também aumentou significativamente, variando de 6,3% em 1988 para 15,4% em 2003.

Com relação à classificação dos médicos de acordo com as fontes de seus rendimentos, não se observou variação estatisticamente significativa na sua distribuição. Cerca de 30% dos médicos declararam ter seus rendimentos exclusivamente provenientes de fontes públicas. Já a participação dos exclusivamente privados situou-se entre 40% e 47%. Considerando apenas os médicos na categoria “empregados”, a maior parte deles permaneceu vinculada ao setor público (mais de 65% nos três anos considerados). No entanto, na esfera

Tabela 1. Características sociodemográficas e de vínculo empregatício de médicos brasileiros. Brasil, 1988-2003.

Variável	PNAD								p
	1988		1993		1998		2003		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Masculino	264	(69,1)	257	(64,3)	283	(53,3)	300	(52,4)	< 0,001
Feminino	118	(30,9)	143	(35,8)	248	(46,7)	273	(47,6)	
Cor ou raça									
Branca	330	(86,4)	339	(84,8)	470	(88,5)	504	(88,0)	0,326
Não branca ^a	52	(13,6)	61	(15,3)	61	(11,5)	69	(12,0)	
Idade (anos)									
Até 29	67	(17,5)	83	(20,8)	77	(14,5)	118	(20,6)	< 0,001
30 a 54	288	(75,4)	283	(70,8)	404	(76,1)	366	(63,9)	
55 ou mais	27	(7,1)	34	(8,5)	50	(9,4)	89	(15,5)	
Região									
Norte	12	(3,1)	11	(2,8)	15	(2,8)	17	(3,0)	0,183
Nordeste	46	(12,0)	72	(18,0)	90	(16,9)	81	(14,1)	
Sudeste	250	(65,4)	252	(63,0)	310	(58,4)	342	(59,7)	
Sul	53	(13,9)	43	(10,8)	74	(13,9)	93	(16,2)	
Centro-Oeste	21	(5,5)	22	(5,5)	42	(7,9)	40	(7,0)	
Possui outro trabalho									
Sim	233	(61,0)	208	(52,0)	254	(47,8)	268	(46,8)	< 0,001
Não	149	(39,0)	192	(48,0)	277	(52,2)	305	(53,2)	
Posição no trabalho ^b									
Empregado	258	(67,5)	272	(68,0)	338	(63,7)	361	(63,0)	< 0,001
Conta-própria	99	(25,9)	84	(21,0)	107	(20,2)	115	(20,1)	
Empregador	24	(6,3)	41	(10,3)	84	(15,8)	88	(15,4)	
Total	382	(100,0)	400	(100,0)	531	(100,0)	573	(100,0)	

Obs.: As freqüências se referem apenas aos médicos que assim se declararam no trabalho único ou principal
PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

^a Parda, Preta, Amarela ou Indígena

^b Excluídos 15 médicos com posição “outro trabalhador não-remunerado” (1988=1; 1993=3; 1998=2; 2003=9)

Tabela 2. Distribuição de vínculos dos médicos brasileiros quanto à fonte dos rendimentos e ao setor do emprego. Brasil, 1988-2003.

Vínculos de renda e emprego	PNAD						p
	1993		1998		2003		
	n	%	n	%	n	%	
Fonte dos rendimentos^a							
Exclusivamente público	122	(30,2)	152	(28,0)	160	(28,8)	0,229
Misto (público e privado)	117	(29,0)	135	(24,9)	165	(29,7)	
Exclusivamente privado	165	(40,8)	255	(47,0)	231	(41,5)	
Total	404	(100,0)	542	(100,0)	556	(100,0)	
Setor do emprego^b							
Privado	92	(32,4)	133	(37,4)	124	(32,2)	< 0,001
Federal	67	(23,6)	51	(14,3)	48	(12,5)	
Estadual	79	(27,8)	102	(28,7)	80	(20,8)	
Municipal	46	(16,2)	70	(19,7)	133	(34,5)	
Total	284	(100,0)	356	(100,0)	385	(100,0)	

^a Médicos que assim se declararam no 1º ou no 2º trabalho, excluídos aqueles sem informação de renda

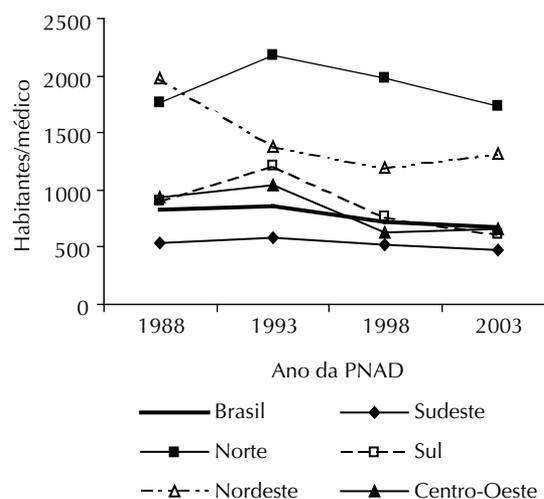
^b Referem-se apenas aos médicos na categoria “empregados” na 1ª ocupação

privada, observou-se uma estabilização, enquanto que na pública houve um deslocamento dos vínculos federal e estadual para o municipal. A esfera municipal, que em 1993 empregava 16,2% dos médicos, passou a absorver 34,5% destes profissionais em 2003 (Tabela 2).

Considerando-se o número de habitantes por médicos, observa-se uma discreta melhoria para o Brasil, a exemplo de os dados para as regiões Norte, Sul e Centro-oeste indicarem uma tendência declinante, especialmente a partir de 1993, e os da região Nordeste de estabilização. Contudo, não se pode afirmar a convergência entre os indicadores de habitantes por médico entre as regiões brasileiras. As regiões Norte e Nordeste mantiveram sempre indicadores muito mais elevados (cerca de três vezes ou mais) do que os registrados para a região Sudeste (Figura 1).

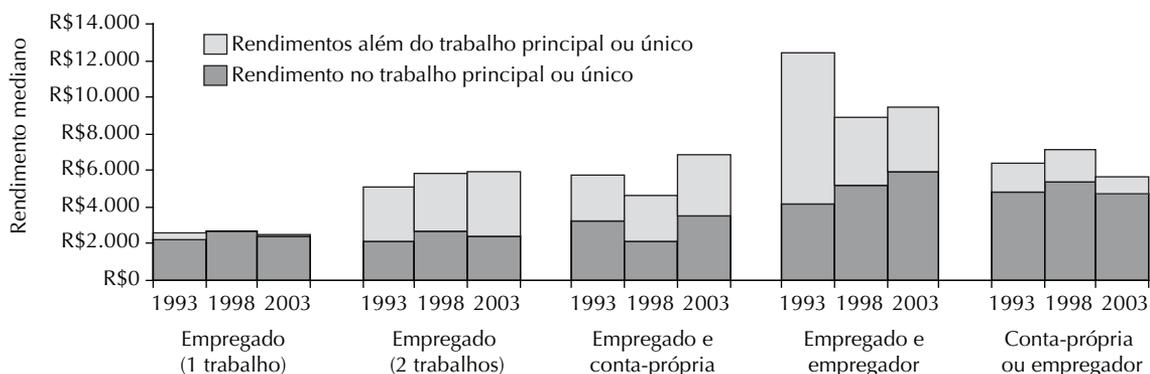
Os dados sobre os rendimentos medianos dos médicos categorizados segundo múltiplas formas de inserção no mercado de trabalho sugerem que os profissionais com mais de um emprego, especialmente aqueles que mesclam a condição de empregado com a de empregador ou conta própria, possuíam rendimentos muito mais elevados (acima de R\$ 4.600,00) do que os que declararam um único emprego (no máximo R\$ 2.700,00). Para as diversas combinações de inserção, não se observou tendência temporal de declínio ou crescimento dos rendimentos. Exceto a categoria “empregado (um trabalho)”, os rendimentos medianos, considerando toda a renda, mostraram-se consideravelmente mais elevados (cerca de duas vezes) do que aqueles relativos à primeira ocupação, embora menos marcante na categoria “conta-própria ou empregador” (Figura 2).

Comparando-se as rendas medianas dos médicos brasileiros com dois segmentos populacionais – a população brasileira ocupada com mais de 12 anos de estudo (isto é, com nível superior de escolaridade) e a população brasileira economicamente ativa e com renda –, observa-se que os médicos, ainda que considerando apenas seu trabalho único ou principal, situaram-se em patamares bem mais elevados de renda, especialmente para aqueles com mais de um vínculo empregatício. Entre 1988 e 1993, ocorreu uma redução dos rendimentos dos médicos e da população com pelo menos



Fonte: PNAD 1988, 1993, 1998 e 2003

Figura 1. Habitantes por médico (declarado como trabalho único ou principal) segundo as regiões do País. Brasil, 1988-2003.



Fonte: PNAD

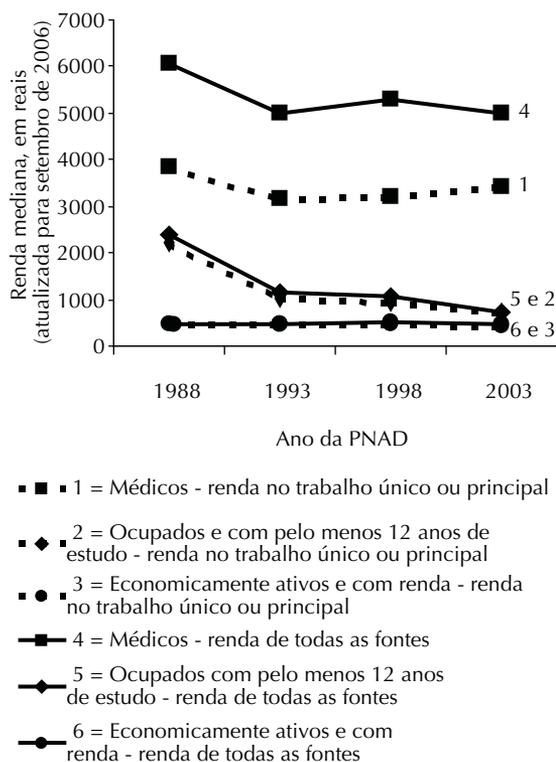
Figura 2. Rendimentos medianos dos médicos brasileiros segundo tipos de trabalho e o ano. Brasil, 1993-2003.

12 anos de estudo. No entanto, a partir de 1993, a renda mediana da população com maior escolaridade continuou declinando e a dos médicos não (Figura 3).

Na Tabela 3, a partir da desagregação das fontes de renda segundo a origem dos vínculos dos médicos (pública, privada ou mista), observa-se que os rendimentos dos vínculos exclusivamente privados foram consideravelmente superiores aos dos exclusivamente públicos em 1993 e 1998, mas assumiram valores próximos em 2003. Nota-se ainda que a parcela privada dos vínculos mistos foi superior à pública. A soma da massa dos rendimentos provenientes de fontes públicas (parcela pública dos mistos e exclusivamente públicos) foi inferior àquela originada a partir de fontes privadas (parcela privada dos mistos e exclusivamente privados). Este padrão observado independe da medida resumo utilizada, média ou mediana. Valores de média sistematicamente superiores à mediana sinalizam uma distribuição assimétrica à direita para os rendimentos dos médicos.

DISCUSSÃO

O recorte analítico da análise dos dados das PNAD sobre a ocupação e renda dos médicos suscita questões sobre o processo de justaposição de mudanças ou acentuação de tendências pretéritas nesse mercado de trabalho. Algumas das interrogações sobre determinadas dimensões do mercado de trabalho no setor saúde têm sido respondidas com base no processamento de informações das PNAD. No trabalho de Dedecca et al,³ os dados das PNAD de 1992 e 1997 subsidiaram a mensuração do emprego a partir de uma estratificação do setor saúde baseada nos estabelecimentos, considerando-se o porte e o grau de proximidade com as atividades finalísticas da atenção à saúde. Póvoa & Viegas¹⁴ utilizaram um modelo de decisão locacional, alimentado por dados das PNAD 1997 e 2001, para detectar as variáveis associadas à distribuição geográfica dos médicos brasileiros. Ambos os trabalhos não se detiveram no exame das



Fonte: PNAD 1988, 1993, 1998 e 2003

Figura 3. Rendas medianas de grupos populacionais. Brasil, 1988-2003.

relações entre ocupação e a renda dos médicos.

Assim, a escassez de estudos baseados na PNAD com a finalidade de conferir suporte a inferências sobre o mercado de trabalho médico e as restrições inerentes ao desenho dessas pesquisas desautorizam conclusões definitivas ou hipóteses estruturadas, mas subsidiam a formulação de conjecturas. A necessidade de cautela é reforçada em função da restrição apenas às PNAD de 1988, 1993, 1998 e 2003.

Tabela 3. Rendimentos médios e medianos dos médicos brasileiros de acordo com as suas fontes. Brasil, 1993-2003

Fonte dos rendimentos ^a	PNAD						
	1993		1998		2003		
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana	
Exclusivamente público	R\$ 3.500	R\$ 2.555	R\$ 3.826	R\$ 3.392	R\$ 4.251	R\$ 3.661	
Misto	Público	R\$ 3.664	R\$ 1.849	R\$ 2.479	R\$ 2.143	R\$ 2.720	R\$ 2.128
	Privado	R\$ 4.045	R\$ 2.555	R\$ 4.874	R\$ 3.159	R\$ 3.824	R\$ 2.956
Exclusivamente privado	R\$ 7.398	R\$ 5.111	R\$ 6.674	R\$ 5.357	R\$ 4.935	R\$ 4.139	

^a As fontes públicas se referem aos rendimentos de empregados públicos (federal, estadual ou municipal); os rendimentos privados se referem àqueles empregados privados e aos empregadores e conta-própria.

Nesse sentido, o exame dos dados das PNAD sugere a presença de um conjunto de estratégias de proteção da renda dos médicos. Tais estratégias parecem fundamentar-se na conjugação da preservação de determinantes estruturais, como a imunidade das barreiras de acesso às faculdades de medicina à maioria dos jovens brasileiros, observadas pela baixa e permanente exclusão da população negra, com traços relacionados à dinâmica recente de inserção dos médicos no mercado de trabalho. A manutenção da primazia dos médicos de cor branca e até exacerbação dos diferenciais de renda entre os médicos e outros segmentos populacionais e das significativas parcelas daqueles com múltiplos vínculos, parecem confirmar a alta distinção do valor do trabalho dos médicos, simbólica ou material. A renda média dos médicos brasileiros foi 8,7 vezes maior do que o produto interno bruto (PIB) *per capita* para o mesmo ano.

A disparidade entre os rendimentos dos médicos em relação aos demais segmentos populacionais não é uma regra no mundo. Segundo a Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), citada por Fujisawa & Lafortune,⁵ a renda dos médicos em relação ao restante da população é bastante variável (máximo de 8,5 para os médicos especialistas da Holanda em 2005 e mínimo de 1,6 para os especialistas da Noruega). Nos países com sistemas universais de saúde como a Suécia, em 2002, e Reino Unido, em 2004, os rendimentos dos médicos especialistas foram 2,5 e 4,8 superiores ao do PIB *per capita* e dos generalistas 2,2 e 3,8, respectivamente. Nos países em que predominam os seguros de saúde privados, o rendimento dos médicos, especialmente dos especialistas e autônomos, mostrou-se bem mais elevado do que o PIB *per capita* (6,5 vezes nos Estados Unidos, em 2001, e 8,4 na Holanda em 2005).

Os múltiplos vínculos dos médicos brasileiros e a composição público-privada da inserção dos médicos no mercado de trabalho registrados pelas PNAD também foram observados em outras cidades brasileiras. Em 1992, a investigação sobre a remuneração dos médicos em hospitais gerais públicos e privados de Belo

Horizonte² (MG), baseada em amostra intencional de 60 médicos e, em 2002, o estudo de coorte transversal apoiado em uma amostra aleatória dos médicos (cerca de 300 médicos) de Salvador⁹ (BA), indicaram o predomínio da mescla de formas de remuneração e simultaneidade da inserção público e privada dos médicos.

Os diversificados estudos sobre a inserção dos médicos no mercado de trabalho não enfocaram as relações entre as múltiplas ocupações e o rendimento. Os dados das PNAD sugerem que para assegurar seus relativamente elevados patamares de renda, no contexto de sub-financiamento do SUS, os médicos brasileiros acentuaram seus pendores empresariais. É plausível supor que o empreendedorismo dos médicos decorreu da necessidade de regularização de vínculos com estabelecimentos privados e empresas de planos e seguros de saúde. A proliferação de empresas de prestação de serviços (organizadas juridicamente como empresas de profissionais de saúde sub-contratadas por hospitais e empresas de planos e seguros de saúde) tornaram-se um fenômeno visível a partir dos anos 1990.^{5a} Por seu turno, esse expediente subtraiu do trabalho os direitos previdenciários, exigindo que os médicos permaneçam por mais tempo em atividade no mercado de trabalho.

Ainda que limitadas, as características individualizadas de ocupação e renda e especialmente o detalhamento das relações entre renda e os múltiplos vínculos dos médicos, disponíveis nas PNAD, contribuem para o aprofundamento da compreensão sobre as complexas inserções público-privadas dos médicos brasileiros. As estimativas do número de médicos e outras características, tais como a tendência de feminização da profissão e múltiplos vínculos empregatícios, são compatíveis com aquelas provenientes de outras fontes de dados, especialmente registros e inquéritos realizados pelo Conselho Federal de Medicina.

O deslocamento dos empregos dos médicos no setor público da esfera federal para as sub-nacionais, em função da descentralização do SUS também foi

^a Girardi SN, Carvalho CL, Girardi JB, Araújo JF. Configuração do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: Barros AFR, Santana JP, Santos Neto M, organizadores. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v.2.

detectado na Pesquisa Assistência Médico Sanitária do IBGE. O dimensionamento de outros atributos como cor e o prolongamento do tempo de permanência dos médicos no mercado de trabalho, extraídos das PNAD, parecem condizentes com a realidade, embora não incluídos como variáveis de interesse de outras fonte de informação.

Embora nenhuma PNAD tenha sido metodologicamente desenhada para os propósitos deste trabalho, pode-se acreditar que os indivíduos selecionados constituam uma amostra representativa dos médicos brasileiros, em cada um daqueles anos. Para isso, entretanto, foram considerados os pesos amostrais (fatores de expansão), disponíveis nas bases de dados e decorrentes do delineamento amostral implementado pelo IBGE. Considerando as quatro PNAD, os pesos amostrais variaram de 127 a 975, indicando que cada médico amostrado pode estar representando de 127 a 975 outros médicos brasileiros. Por outro lado, a intenção do delineamento concentra-se mais nas comparações estatísticas entre os anos do que propriamente na expansão dos resultados para toda a população de médicos. Nesse

sentido, no lugar dos pesos amostrais, as análises principais foram desenvolvidas considerando-se os pesos amostrais relativos, obtidos, para cada ano, a partir da divisão dos pesos amostrais de cada unidade de análise (médicos) pela média dos pesos amostrais daquele ano. Tal estratégia assegura a representatividade e o tamanho amostral,⁸ permitindo o cálculo das significâncias estatísticas das comparações e análises de interesse. Assim, esse procedimento corrige potenciais vieses de seleção nas estimativas pontuais e permite a utilização de procedimentos estatísticos inferenciais, pois mantém os tamanhos amostrais originais. Entretanto, as inferências podem ainda ser enviesadas em função da complexidade amostral das PNAD, uma vez que amostras complexas tendem a enviesar os erros-padrão estimados.^{16,17} Contudo, não há indicações de que este possa ser o caso do presente estudo.

Os dados analisados sinalizam os efeitos da descentralização sobre o mercado de trabalho médico, a tendência de redução dos valores de remuneração proveniente do trabalho assalariado e a adesão dos médicos ao empreendedorismo privado.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Os médicos e a política de saúde – entre a estatização e o empresariamento: a defesa da prática liberal da medicina. 2.ed. São Paulo: HUCITEC; 2006.
2. Cherchiglia ML. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. *Cad Saude Publica*. 1994;10(1):67-79. DOI: 10.1590/S0102-311X1994000100008
3. Dedecca CS, Proni MW, Moretto A. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: Negri B, Giovanni G, organizadores. Brasil: Radiografia da saúde. Campinas: Unicamp. 2001.
4. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1973.
5. Fujisawa R, Lafortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries? Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2008[citado 2008 maio 15]. [OECD Health Working Papers, 41]. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/51/48/41925333.pdf>
6. Garcia JC. Juan Cesar Garcia entrevista Juan Cesar Garcia. In: Nunes ED. As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1986.
7. Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD, organizadores. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp; 2002. p.221-51.
8. Lee ES, Forthofer RN, Lorimor RJ. Analyzing complex survey data. Newbury Park: Sage University; 1989.
9. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAZ, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2):97-102. DOI: 10.1590/S0104-42302006000200019
10. Nogueira RP. Dinâmica do mercado de trabalho em Saúde no Brasil, 1970-83. *Educ Med Salud*. 1986;20(3):335-50.
11. Nogueira RP. Do físico ao médico moderno - A formação social da prática médica. São Paulo: Editora da UNESP; 2007.
12. Nunes ED. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13:909-16. DOI: 10.1590/S1413-81232008000300013
13. Paim JS. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002.
14. Póvoa L, Viegas M. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1555-64. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000800004
15. Schraiber LB. O médico e seu trabalho. São Paulo: HUCITEC; 1993.
16. Silva PLN, Pessoa DGC, Lilá MF. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):659-70. DOI: 10.1590/S1413-81232002000400005
17. Sousa MH, Silva NN. Estimativas obtidas de um levantamento complexo. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):662-70. DOI: 10.1590/S0034-89102003000500018