

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CONSELHO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
ESCOLA DE VETERINÁRIA



ANÁLISE DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NA  
DINÂMICA DO MERCADO DE TRABALHO DE SAÚDE NO BRASIL

Roseni Rosângela Chompré

Belo Horizonte

Minas Gerais

1989

71610  
C=48a  
1989

ROSENI ROSÂNGELA CHOMPRÉ

ANÁLISE DA FORÇA DE TRABALHO EM  
ENFERMAGEM NA DINÂMICA DO MERCADO  
DE TRABALHO DE SAÚDE NO BRASIL

Tese apresentada à Escola de Veteri  
nária da Universidade Federal de Mi  
nas Gerais, como requisito parcial  
para obtenção do grau de Mestre em  
Medicina Veterinária.

Área: Epidemiologia.

Belo Horizonte

Minas Gerais

1989

U. F. M. G. - BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA



000004929006

NÃO DANIFIQUE ESTA ETIQUETA

OK  
OK/103  
OK/04  
06

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA  
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA  
20/03/90  
49290-06

Me 70001

610.730 6

C 548a

CHOMPRÉ, Roseni Rosângela, 1951 -

Análise da força de trabalho em enfermagem na dinâmica do mercado de trabalho de saúde no Brasil/Roseni Rosângela Chompré. - Belo Horizonte: Escola de Veterinária da UFMG, 1989.

297p.: il. -

Tese (Mestrado)

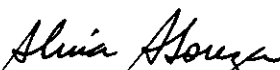
1. Enfermagem - Brasil, 2. Saúde Pública - Brasil. I. Título.

Aprovada em ...03.../.10...../.89.....



---

Prof. Élvio Carlos Moreira  
Orientador



---

Alina Maria Almeida de Souza



---

Carmelita Pinto Rabelo



---

Francisco Cecilio Viana

## AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram para a realização deste trabalho, em especial, a Dora, a Luzia, a Rizioneide e a Dirle-  
ne, sem as quais a tarefa não chegaria ao fim.

A Júlia, Ana Cláudia e Machado, pela compreensão e apoio, muitas vezes fundamental para abreviar o término da tarefa de cada dia.

A Alina, amiga de momentos decisivos, cuja orientação foi fundamental para a concepção do trabalho.

A Marília, bibliotecária da Escola de Veterinária, pela orientação e revisão da bibliografia.

A Leila, Júlia, Fátima, Heloisa e Íris, que traduziram dos rascunhos o documento que se tornou realidade.

Ao Prof. Élvio, pela orientação na hora precisa e a compreensão da natureza do trabalho proposto.

Aos meus pais e irmãos, que me oportunizaram o convívio baseado no espírito de solidariedade, fraternidade e dignidade, sustentáculo para a prática do coletivo.

Ao Simone, com quem compartilhei as dificuldades e os obstáculos profissionais e pessoais na realização deste trabalho.

Ao Nescon, por permitir o acesso aos dados da "Pesquisa de Força de Trabalho.

Enfim, a todos que lutam pela transformação de nos  
sa sociedade, combustível essencial para gerar novas idéias e  
coragem para o passo seguinte.



## BIOGRAFIA DA AUTORA

**ROSENI ROSÂNGELA CHOMPRÉ**, filha de Josias Jaques de Sena e Manoelina Irene de Sena, nasceu em Belo Horizonte, Minas Gerais, aos 5 (cinco) dias de março de 1951.

Bacharelou-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, em junho de 1976.

Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, nos últimos anos tem trabalhado em Projetos de Integração Docente Assistencial desta Universidade em outros Estados do País e em outros países. Vem prestando assessoria a projetos de atenção primária no Brasil e em outros países da América Latina.

Na sua área de interesse (Saúde) vem participando de seminários, reuniões, visitas e avaliação de programas de ensino e assistência na América Latina e América do Norte.

Ocupa o cargo de Professora, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, desde março de 1977, coor-

denando no presente momento o Curso de Especialização da Enfermagem em Saúde Pública e o Programa Transetorial de Ação Comunitária (PTAC), tendo contribuído na implantação de programas de ensino.



## RESUMO

Este estudo analisa a força de trabalho em enfermagem tendo como marco conceitual o processo de trabalho no modo de produção capitalista. Relaciona a força de trabalho da enfermagem com as demandas e necessidades de saúde da população e a estrutura de serviços de saúde no País, identificando suas necessidades e demandas de saúde. Tendo como parâmetro o quadro sanitário e utilizando o referencial da epidemiologia social para análise dos determinantes históricos e sociais do processo saúde/doença, analisar a estrutura e as propostas de organização dos serviços de saúde, priorizando, como eixo do trabalho, os movimentos de extensão dos serviços de saúde, enquanto marco político do processo de democratização do Setor Saúde. Trata a força de trabalho em enfermagem a partir dos fatores históricos da enfermagem brasileira na sua composição quantitativa e qualitativa, definindo como indicadores a oferta e a demanda de profissionais de enfermagem, no mercado de trabalho de saúde. Aponta as necessidades e perspectivas da enfermagem enquanto força de trabalho preponderante no Setor Saúde, fundamental na produção de serviços que atendam às necessidades de saúde da população.



## SUMÁRIO

	Pagina
1. INTRODUÇÃO .....	1
2. MATERIAL E MÉTODOS .....	16
3. RESULTADOS .....	28
3.1. Perfil epidemiológico da população brasileira ..	28
3.1.1. Aspectos conceituais do processo saúde/doença .	30
3.1.2. Características demográficas, econômicas e so- ciais da população brasileira .....	35
3.1.3. Aspectos da morbi-mortalidade no País .....	53
3.2. Estrutura dos Serviços de Saúde no Brasil .....	88
3.2.1. Bases gerais da caracterização dos serviços de saúde no Brasil .....	89
3.2.2. A incorporação das propostas de extensão de co- bertura dos Serviços de Saúde no Brasil .....	103
3.2.3. Das propostas de extensão de cobertura à cons- trução de uma proposta de transformação para os serviços de saúde .....	109
3.2.4. O movimento de Reforma Sanitária e a luta pela democracia em saúde .....	126

3.3.	Força de trabalho de enfermagem: características quantitativas e qualitativas na dinâmica do mercado de trabalho em saúde .....	164
3.3.1.	Aspectos históricos da enfermagem no País .....	165
3.3.2.	Considerações sobre a prática de enfermagem no Brasil .....	180
3.3.3.	Força de trabalho em enfermagem - aspectos quanti-qualitativos .....	198
3.4.	Conclusão .....	262
4.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	268



### RELAÇÃO DAS TABELAS

	Pagina
TABELA I - População total do Brasil por área de extensão territorial nas regiões geo-políticas. Brasil - 1980 .....	37
TABELA II - Percentual da população urbana e rural segundo regiões geo-políticas. Brasil - 1980 .....	38
TABELA III - População total do Brasil por faixa etária. Brasil - 1900/1980 .....	42
TABELA IV - Esperança de vida ao nascer, segundo regiões geo-políticas. Brasil - 1940/1980 .....	45
TABELA V - Razão de masculinidade (por 1.000 mulheres). Brasil - 1940/1980 .....	48
TABELA VI - Razão de masculinidade (por 1.000 mulheres) segundo as regiões geo-políticas. Brasil - 1980 .....	49

TABELA VII	- Domicílios permanentes segundo tipos de abastecimento de água, esgoto, destino do lixo e iluminação elétrica, por regiões geo-políticas. Brasil - 1981 .....	59
TABELA VIII	- Incidência de algumas doenças transmissíveis de notificação compulsória. Brasil - 1970/1983 .....	70
TABELA IX	- Cobertura dos dados do sistema de informações sobre mortalidade, por regiões geo-políticas. Brasil - 1980 .....	76
TABELA X	- Mortalidade proporcional, por grupos etários, segundo regiões geo-políticas. Brasil - 1980 .....	77
TABELA XI	- Mortalidade proporcional, por grupos de causa, segundo grupos etários. Brasil-1980. ....	81
TABELA XII	- Mortalidade proporcional por grupos de causas, por regiões geo-políticas. Brasil - 1980 .....	82
TABELA XIII	- Pessoal de enfermagem, por categoria. Brasil - 1956 e 1983 .....	188

TABELA XIV	- Evolução do emprego de enfermagem em todos os estabelecimentos de saúde. Brasil - 1976/1984 .....	189
TABELA XV	- Evolução da capacidade instalada de estabelecimentos e consultórios entre os segmentos do Setor Público. Brasil - 1978/1982 .....	208
TABELA XVI	- Evolução da capacidade instalada de estabelecimentos, leitos e consultórios entre os segmentos do Setor Privado. Brasil - 1978/1984 .....	209
TABELA XVII	- Distribuição percentual dos empregos dos profissionais de saúde, por natureza e regime de internação, segundo tipo de profissionais. Brasil - 1978/1981 .....	211
TABELA XVIII	- Evolução do emprego em saúde em todos os estabelecimentos prestadores de serviços Brasil - 1976/1984 .....	212
TABELA XIX	- Taxas geométricas de crescimento anual de emprego, por período, em todos os estabelecimentos de saúde. Brasil 1976/1984	214

<b>TABELA XX</b>	- Participação das categorias de enfermagem na composição da força de trabalho de <u>en</u> fermagem. Brasil - 1976/1984 .....	215
<b>TABELA XXI</b>	- Taxa de crescimento geométrico anual de médico, auxiliar de enfermagem e atenden <u>te</u> , por período, em todos os estabelecimentos de saúde. Brasil - 1976/1984 .....	219
<b>TABELA XXII</b>	- Evolução comparativa dos empregos de saú <u>de</u> , com inclusão e exclusão dos atenden <u>tes</u> . Brasil - 1976/1984 .....	220
<b>TABELA XXIII</b>	- Distribuição de alguns profissionais de saúde, por 1.000 habitantes e por região geo-política. Brasil 1985 .....	223



TABELA XXIV	- Distribuição dos estabelecimentos de saúde, segundo a natureza da entidade mantenedora. Brasil - 1978/1982 .....	226
TABELA XXV	- Distribuição dos empregos em saúde, segundo a natureza da entidade mantenedora. Brasil - 1982/1984.....	227
TABELA XXVI	- Evolução da demanda por postos de trabalho em saúde, segundo a natureza e regime do estabelecimento. Brasil - 1978/1984 .....	230
TABELA XXVII	- Taxa geométrica de crescimento anual por período, dos postos de trabalho em saúde, segundo a natureza e regime dos estabelecimentos. Brasil 1978/1984. ....	232



TABELA XXVIII	- Evolução do emprego em saúde em estabelecimentos públicos. Brasil - 1976/1984.	234
TABELA XXIX	- Evolução do emprego em saúde em estabelecimento privados. Brasil - 1976/1984.	236
TABELA XXX	- Distribuição dos empregos em enfermagem segundo a natureza da entidade mantenedora. Brasil - 1980/1984. ....	237
TABELA XXXI	- Evolução dos concluintes de curso superior da área da saúde. Brasil - 1976/1985 .....	243
TABELA XXXII	- Evolução dos egressos dos cursos e dos empregos criados em medicina e enfermagem. Brasil - 1977/1983 .....	245

<b>TABELA XXXIII</b> - Evolução dos concluintes de cursos de nível médio na área de saúde. Brasil-1982/1984 .....	247
<b>TABELA XXXIV</b> - Evolução da participação da mulher no mercado de trabalho, segundo algumas categorias de profissionais de saúde. Brasil - 1979/1980. ....	251

## RELAÇÃO DE GRÁFICOS

	Página
<b>GRÁFICO 1</b> : Características de instrução da população feminina, por anos de estudo. Brasil, 1983 .....	61
<b>GRÁFICO 2</b> : Características de instrução da população masculina, por anos de estudo. Brasil, 1983 .....	62
<b>GRÁFICO 3</b> : Curvas de mortalidade por faixa de idade, indicadores de saúde, por regiões geo-políticas. Brasil, 1980 .....	79

## 1. INTRODUÇÃO

Os estudos sobre a história da enfermagem têm seus registros na metade do século XIX, quando Florence Nightingale sistematiza um modelo de organização da enfermagem. O trabalho realizado por Florence, no período da Guerra da Criméia — 1854 a 1856 — teve repercussões importantes na sistematização da assistência aos doentes, delineando o marco da "enfermagem moderna" e os princípios de organização das instituições de prestação de assistência à saúde. O "Sistema Nightingale" surge para atender às exigências do desenvolvimento capitalista, no qual a "área da saúde desprende-se institucionalmente da assistência social genérica — característica da sociedade feudal — passando formalmente para a responsabilidade do Estado, cujas formas de assumi-las estão intimamente vinculadas às necessidades materiais do sistema produtivo, bem como ao jogo das forças políticas envolvidas no problema" (SILVA, 1986).

Com esta função, o "Sistema Nightingale" se expande da Inglaterra para o Canadá, os Estados Unidos, a Suécia e a Alemanha, entre outros, seguindo os passos e os avanços do modo capitalista de produção e consolidando o modelo de assistência à saúde correspondente.

No Brasil, onde o modelo capitalista tem, entre outras características, a de ser retardatário quanto à definição

de políticas sociais, apenas na década de 20 elas surgem para o Setor Saúde como responsabilidade de Estado. A partir deste momento a organização das políticas sanitárias, por parte do Estado, adquirem caráter institucional e incorporam a enfermagem moderna como parte orgânica e constitucional. Este processo tem como resultante a formalização e a institucionalização da enfermagem enquanto parte significativa na produção de serviços de saúde.

Os estudos que tratam da enfermagem no Brasil têm como marco a tese de ALCÂNTARA (1963) sobre A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira e o estudo realizado pela ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM — ABEn, em 1956, denominado Levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - 1980) que apresenta, pela primeira vez, as características do trabalho nessa área. Sob os auspícios da Organização Panamericana de Saúde - (OPAS) o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e a ABEn, realizaram um estudo amplo sobre o exercício da enfermagem no País, denominado O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil; 1982/1983: força de trabalho em enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1985). Este estudo representa um avanço nas discussões e na compreensão da força de trabalho da enfermagem no Brasil, revelando sua distribuição geográfico-institucional, sua composição por categoria

ocupacional, dentre outras variáveis. Apesar da abrangência desse trabalho, a participação da força de trabalho de enfermagem na produção de Serviços de Saúde no País carece de estudo sistemático que possibilite a compreensão desta força de trabalho na dinâmica do mercado de trabalho em saúde e o seu significado na qualidade da assistência à saúde. Os estudos sobre a força de trabalho em saúde no Brasil são relativamente recentes, valendo-se ressaltar o trabalho de DONNAGELLO (1979), onde a Autora estabelece relações entre a prática médica e a estrutura sócio-econômica do País, e o trabalho de AROUCA (1975) no qual está analisado o caráter produtivo do trabalho médico no capitalismo monopolista. Estes trabalhos confirmam e reabrem o espaço e a importância da pesquisa sobre força de trabalho em saúde. Nas últimas décadas, é pioneira a pesquisa realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), que avalia, pela primeira vez, a situação do conjunto de trabalhadores vinculados ao Setor Saúde, considerando o período de 1970 a 1980. A partir das informações processadas na pesquisa da ENSP, NOGUEIRA (1986b) realizou um estudo onde descreve a Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil 1970/1983, analisando as tendências do mercado de trabalho e os desequilíbrios relacionados aos aspectos qualitativos e quantitativos da força de trabalho em saúde, a longo e curto prazo.

A década de 80 é marcada por uma ampliação das pesquisas nessa linha, ressaltando-se, entre outros, os trabalhos de

NOGUEIRA (1986a e b) e MACHADO (1986). A partir de então, os pesquisadores na área, através de um esforço conjunto, se organizam em um trabalho colaborativo do qual participam, atualmente, a Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro (ENSP/RJ), o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG), o Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília (NESP-UnB) e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP).

A compreensão da força de trabalho, enquanto elemento do processo produtivo, incorpora conceitos teóricos que modificam a compreensão do trabalho no Setor Saúde. Para NOGUEIRA (1983), o termo "força de trabalho" se refere a um campo científico que é simultaneamente descritivo e analítico no processo de conhecimento de fenômenos demográficos e macro-econômicos. Neste sentido, quando se trabalha, conceitualmente, com força de trabalho, é necessária a incorporação conceitual de produção, emprego, renda, divisão social e técnica do trabalho, setor de emprego e assalariamento. Essa concepção rompe as bases de análise do trabalhador enquanto "recurso humano" que só expressa a ótica gerencial do planejamento (capacitação, seleção, salário e plano de cargos e carreiras). Naquela compreensão, os termos "recursos humanos", "potencial humano" e "força de trabalho", muitas vezes usados como sinônimos, devem ser diferenciados. VIDAL (1984), ao

discuti-los, apresenta as seguintes definições:

- recurso humano é todo o pessoal disponível para o desenvolvimento econômico e social;
- potencial humano são todas as pessoas capacitadas para desempenhar determinada tarefa;
- força de trabalho são as pessoas inseridas em um determinado processo produtivo.

Essas diferenças, no entanto, não devem ser consideradas de forma absoluta e pragmática. Enquanto enfoques, teórico e conceitualmente distintos, o funcional/sistêmico (de recurso humano), o marxista (de força de trabalho) e o keynesiano (de emprego) são conceitos que se complementam. Para NOGUEIRA (1983), não se tem por que "rejeitar o termo, "recurso humano", em nome de um pseudo-humanismo que não admite a redução do trabalhador à uma coisa gerenciável, o que seria uma atitude semelhante à de negar que no mercado capitalista a força de trabalho venha a ser entendida como mercadoria". Logo, tanto o enfoque gerencial-sistêmico como o de força de trabalho e emprego não são excludentes, eles se complementam, apesar de distintos. Tal complementariedade é essencial para compreender os múltiplos fatores que compõem a dinâmica do mercado de trabalho em saúde, uma vez que o propósito maior é contribuir para as transformações na assistência de saúde.



Neste estudo, pretende-se focar a força de trabalho no contexto do modo de produção capitalista, tendo como foco prioritário o processo de trabalho no Setor Saúde, em especial, o processo de trabalho de enfermagem. A compreensão das diferentes tramas que envolvem as relações, neste setor, contribuirá para a análise do universo da relação entre o trabalho e o capital. Entretanto, é necessário ressaltar que este estudo, ao incorporar pressupostos e princípios que confrontam a relação capital e trabalho, não esgota as várias formas e os múltiplos processos que compreendem o modo de produção capitalista. Na atual formação social capitalista encontram-se vários processos de trabalho não regulados pelas leis que conformam o modo clássico de produção capitalista. O Capitalismo como forma determinada de organizar a atividade produtiva traz uma combinação específica entre o trabalho, o objeto do trabalho e o instrumental do trabalho, constituindo-se nos elementos básicos em que se decompõe o processo de trabalho: a atividade pessoal do homem (o trabalho), o objeto sobre o qual atua o trabalho e o meio com o qual atua. O capital se apropria do processo de trabalho organizando estes três elementos enquanto material de valorização, tornando-se, assim, parte integrante do processo de produção da mais valia. Sua existência e seu desenrolar passam a ter como finalidade a criação de um valor excedente para o capital. A produção passa, assim, a ser tanto um processo de trabalho, de ação humana com o objetivo

de produzir valores de uso, como um processo de valorização (MARX, 1978). E, é só com a apropriação do processo de trabalho pelo capital que sua existência e seu desenrolar passam a ter como finalidade a criação de um valor excedente para o capital.

Com todo este processo, o encontro do trabalho, o objeto e o meio com o qual atua pode trazer uma perda do controle do objetivo do valor do trabalho. Dentro da subordinação real existente, o capital irá procurar restabelecer algumas formas e criar outras para que o controle seja o mais intenso possível. Quando o processo de trabalho é apenas formalmente subordinado ao capi-tal, há produção de mais valia absoluta e sua apropriação, mas as condições objetivas e subjetivas do trabalho são tais que dão uma base material para a resistência contínua à imposição da va-lorização como objeto único do processo de produção. O controle real da produção não está firme nas mãos do capital, existindo ainda uma relação deste com o trabalho. As condições de trabalho na produção é que dão ao trabalho um grau de controle e, conse-qüentemente, um instrumento com o qual reforça os objetivos de classe que podem, evidentemente, ser diferentes daqueles de um proletariado desenvolvido num modo de produção capitalista madu-ro. Esta forma de não correspondência era generalizada em um período em que a cooperação simples era ainda o modo dominante de organização social do processo de trabalho que sobrevive, até certo ponto, em formações sociais nas quais o modo capitalista de produção maduro já é dominante.

As formas que constituem a base da subordinação formal são: o trabalhador assalariado (trabalho sem acesso aos meios de subsistência, exceção feita à venda da força de trabalho; meios de produção sob a forma de mercadoria; e o produto, sob a forma de mercadoria. Note-se que, apesar de formal, ela é uma forma de subordinação de compulsão. Nesta fase a subordinação assume a forma de compulsão econômica - compulsão de vender a força de trabalho para sobreviver. A subordinação formal tem assim um sentido particular, que é a subordinação do modo de trabalho ao capital, tal como estava desenvolvido, antes do aparecimento da relação capitalista. O capitalismo coloca sob seu controle um processo de trabalho e técnicas já existentes, sem alterá-las. Nestas condições, o trabalhador - produtor direto, agora assalariado submetido às relações da produção capitalista - ainda desfruta de demasiada liberdade em seu trabalho: o seu domínio sobre o processo de trabalho conserva-se, calcado em seu saber e em suas habilidades exclusivas. Em tal situação, resta ao capital esforçar-se para prolongar o tempo de trabalho, como meio de extrair mais valia, sob a forma, então, de mais valia absoluta (MARX - 1978).

Na subordinação real, o trabalhador serve à máquina e não a máquina ao trabalhador. O capital tem, assim, o poder sobre o capital constante e pode ser projetado e organizado sem re

ferência às habilidades e qualificações tradicionais. A subordinação real é uma questão tanto do tipo de instrumentos de trabalho que são empregados, como da forma da combinação social que é imposta ao trabalhador: a realização do poder do capital na forma da disciplina no trabalho. Todos estes são aspectos a que MARX (1978) chama de organização subjetiva, como a encontrada na manufatura. Assim, o processo de trabalho capitalista é aquela forma específica de trabalho coletivo baseado na maquinofatura e na qual o capital, tendo o monopólio do conhecimento e poder sobre as relações entre trabalho e os meios de produção, usa esse poder, esta dominação real, de modo a reforçar e implementar o objetivo da valorização.

Em geral, uma velocidade crescente, uma intensidade e continuidade de produção impostas aos trabalhadores são alcançadas pelo capital através da sua capacidade de calcular e impor normas para a execução e o pagamento do trabalho, dos padrões de qualidade e de punições, caso eles não sejam alcançados. Isto significa implementar sistemas de supervisão, pagamentos e penalidades que estariam sendo determinadas "objetivamente" por algum "expert", sem a sua conveniência ser levada em consideração. O capital necessita ter o controle da combinação dos elementos no processo de trabalho, porque quaisquer que sejam os instrumentos e os materiais utilizados, existem ainda formas de fugir do controle.

É com o Taylorismo, segundo vários estudos (BRAVERMAN, 1981), (CORAT, 1979 ), (LINHART, 1983) que o controle capitalista sobre o processo de trabalho eleva-se ao paroxismo. Busca-se controlar melhor o trabalho, isto é, a força de trabalho comprada e vendida. O controle significa não deixar nas mãos do trabalhador nenhuma margem de decisão sobre o trabalho a ser exercido. (BRAVERMAN, 1981). O sistema de organização do trabalho — a denominada gerência científica, desenvolvida por Taylor — tem como objetivo explícito incrementar a expropriação do saber operário, retirar ao máximo seu controle sobre o processo produtivo, instante onde se dava a integração entre o pensar e o realizar e onde o trabalhador ainda não se encontrava como um ser totalmente cindido. A fim de viabilizar sua proposta de gerência, Taylor estabelece os seguintes princípios:

— O administrador assume o papel de reunir todo o conhecimento tradicional que, no passado, foi possuído pelos trabalhadores e, ainda, o de classificador, tabulando e reduzindo esse conhecimento a regras, leis e fórmulas. O processo de trabalho deve ser independente dos ofícios, da tradição e do conhecimento dos trabalhadores, dependendo agora, inteiramente, das políticas gerenciais, organizando o processo de trabalho de modo a banir da oficina o trabalho cerebral e centra-o no departamento de planejamento ou projeto. Desta forma, os trabalhadores ficam reduzidos quase que ao nível do trabalho em sua forma animal, en

quanto isento de propósito e não pensável, automático e rotinizado; devem seguir todo o processo de produção sem compreender seus raciocínios técnicos ou qualquer dado subjacente, levando à desumanização do processo de trabalho, e à utilização do monopólio de conhecimento para controlar cada fase do processo de trabalho e seu modo de execução. Neste processo de trabalho está especificado não apenas o que deve ser feito, mas o como fazer e o tempo exato a ser utilizado em cada tarefa. A criação de uma série de níveis de direção, hierarquizando ao extremo e estabelecendo, ainda mais intensamente, a divisão de trabalho na sociedade capitalista — separação entre trabalho manual e trabalho intelectual, concepção e realização, comando e execução — são os resultados do Taylorismo. O controle do processo de trabalho passa para as mãos da gerência, que define cada fase do processo, cada gesto e movimento a serem feitos, eliminando, ao máximo, os movimentos inúteis. Não resta ao operário nenhuma margem de decisão. Sua função é executar as ordens definidas anteriormente pelos diferentes níveis burocráticos. Ocorre, assim, uma burocratização gigantesca do processo de trabalho, quebrando a "indolência" — limitação voluntária da produtividade — impondo o ritmo de trabalho do capital.

As consequências do Taylorismo são visíveis: redução do número de trabalhadores qualificados e a exigência, cada vez menor, de capacitação dos trabalhadores para atender à grande in

dústria; homogeneização do trabalho, com a conseqüente perda salarial. Esta desqualificação (enquanto trabalho que não necessita de criatividade nem formação ou conhecimento prévio) tende a reduzir o trabalho à sua forma mais simples, às chamadas "habilidades naturais", isto é, habilidades forjadas pela vivência social de cada um. Assiste-se, assim, a uma clara divisão do trabalho por sexo, com homens e mulheres alocados naquela tarefa onde, certamente, conseguirão ter um maior rendimento, proporcionado pelas ditas "habilidades naturais".

Desta forma as diferenças entre a força de trabalho masculina e a feminina serão apropriadas pelo capital para cumprir tarefas onde terão melhor desempenho, o que não é nenhuma novidade, na medida em que o capital sempre procura as formas mais eficientes de empregar os recursos disponíveis, na sua ânsia de ampliar a extração da mais valia.

Para a análise do processo de trabalho no Setor Saúde, torna-se necessário tomar como base as características do processo de trabalho, no modo de produção capitalista e destacar as relações próprias do setor enquanto componente do setor terciário da economia.

Ao estudar o capital e o trabalho nos serviços de saúde, (NOGUEIRA, s.d.) observa que a assistência de saúde recebe igualmente a designação de serviços de saúde, incluindo os atos de saúde em si e as instituições encarregadas de realizá-los e,

dentro da divisão social do trabalho, enquadram-se no setor terciário da economia. Para o Autor, esta classificação não decorre de um prévio entendimento acerca do que seja o trabalho em saúde, mas sim porque, enquanto serviço, é identificado pela mera regra de exclusão, na qual todo trabalho que não produz mercadorias passa, automaticamente, a esta denominação. NOGUEIRA (1986a) explica que, por exclusão, o setor terciário reúne todas as atividades cuja produção não é, em geral, mensurável em unidades físicas. Em um sentido restrito, o produto somente existe durante o processo produtivo, não sendo possível manter-se um estoque dos bens obtidos. Essa característica abstrata é comum a todas as atividades do setor terciário e, possivelmente, uma das poucas semelhanças entre elas. Ao relacionar as características gerais do processo de trabalho no modo de produção capitalista com aquelas típicas do setor de produção de serviços de saúde, algumas questões peculiares chamam a atenção. Entre estas, destaca-se a não introdução da máquina no processo de trabalho no Setor Saúde, enquanto controle do capital sobre o processo de trabalho, as relações de trabalho e meios de produção. Outro aspecto peculiar do Setor Saúde refere-se ao controle de qualidade, que não está estabelecido enquanto mecanismo de controle do processo de trabalho. É importante destacar, ainda, que no setor de produção de serviços os vários segmentos que o constituem apresentam especificidades. A produção de serviços de saúde está subordina-



da às regras gerais do modo de produção capitalista, ao mesmo tempo em que, enquanto parte das políticas públicas, tem que se configurar como um dos pilares de sustentação do próprio modelo. Se, por um lado, o estudo da força de trabalho em saúde remete à compreensão do modo de produção capitalista, por outro as características e peculiaridades do setor terciário da economia, onde se insere a produção de serviços de saúde, exigem a utilização de parâmetros de análises próprios e capazes de tomarem a especificidade do Setor Saúde no universo conceitual do modo de produção capitalista. Neste estudo, o perfil epidemiológico e a estrutura dos serviços de saúde do País constituem os parâmetros a partir dos quais pretende-se analisar a força de trabalho em enfermagem na dinâmica do mercado de trabalho em saúde, sem prescindir dos conceitos referenciais já dados e considerando também a não conformação da produção em saúde com os marcos que constroem o processo de trabalho nos setores primários e secundários das sociedades capitalistas.

Na descrição do perfil epidemiológico, tomar-se-ão como base os determinantes econômicos, políticos e sociais do processo saúde/doença e os problemas de saúde, como uma das variáveis que interferem na qualidade de vida da população e que são, por consequência, expressão de parte de suas necessidades.

As características da estrutura dos serviços de saúde estão referendadas às políticas de saúde definidas nas bases das

políticas sociais que, por sua vez, refletem a organização, historicamente determinada, da sociedade brasileira.

Na análise da força de trabalho, busca-se entender os elementos do processo de trabalho em enfermagem, ou seja: os agentes, os objetos e os meios enquanto núcleos constitutivos de sua dinâmica e organização.

A análise das características da força de trabalho em enfermagem e sua prática serão contextualizadas na "totalidade do processo de trabalho para o alcance de objetivos comuns de promoção, prevenção e recuperação de saúde" (SOUZA et alii, 1988). A força de trabalho em enfermagem representa mais de 50% de todos os profissionais empregados nas instituições de produção de serviços de saúde no País, o que avalisa a significância deste estudo.

Com base nestes pressupostos, portanto, este estudo propõe-se a analisar as características da força de trabalho em enfermagem incorporada à produção de serviços de saúde, tendo como parâmetros o perfil epidemiológico do Brasil e seus determinantes (econômicos, políticos e sociais) e a estrutura dos serviços de saúde no país, referendada às políticas sociais, em particular às de saúde.

## 2. MATERIAL E MÉTODO

O objeto deste estudo foi definido, inicialmente, com o propósito de caracterizar a força de trabalho em enfermagem, referindo-a ao perfil de saúde no Brasil. Tinha-se presente a dificuldade inerente à definição de um instrumental suficientemente abrangente, que tornasse possível a captação dos elementos a ele atinentes, em toda a sua complexidade.

O desenvolvimento científico e tecnológico e as crescentes demandas em resolver os problemas acumulados e emergentes no Setor Saúde têm imposto a nível internacional uma reordenação tecnológica dos serviços e, conseqüentemente, da composição da equipe de saúde. Estas exigências têm fomentado a definição de linhas de pesquisa que buscam dar resposta para as questões concretas da realidade.

A nível de América Latina e Brasil, imerso no bojo da questão internacional, emerge um processo de democratização da sociedade, o que tem repercussões nas transformações impostas ao Setor Saúde. Esta reordenação da ordem política tem colocado como exigência a reorganização do sistema de prestação de serviço, com forte impacto na composição quanti-qualitativa da força de trabalho em saúde. Todo este processo tem possibilitado e estimulado a criação e a consolidação de estudos que buscam compreender a força de trabalho em saúde no contexto da dinâmica do trabalho em saúde. A análise destes estudos possibili

tou o detalhamento do tema proposto inicialmente, optando-se por estudar a força de trabalho de enfermagem no contexto da dinâmica do mercado de trabalho em saúde. Estabeleceu-se um desenho metodológico que inclui uma análise preliminar dos estudos e pesquisas sobre força de trabalho de saúde no Brasil no período de 1970 a 1988, com as seguintes etapas:

- . identificação de estudos realizados sobre o tema, especialmente das metodologias adotadas e/ou construídas no processo;
- . levantamento dos dados gerados pelos estudos identificados;
- . análise dos dados e relação daqueles relacionados à força de trabalho de enfermagem.

Os estudos foram cadastrados e ordenados segundo:

- . abrangência
- . metodologia
- . dados gerados

A partir desta seleção e análise dos estudos existentes, foi possível delinear e configurar o objeto do presente estudo, tendo-se como marco conceitual elementos da corrente do pensamento do materialismo histórico e estabelecendo a relação entre a força de trabalho e a sua determinação histórica.

Decidiu-se, ainda, por incluir a análise da força de trabalho no quadro sanitário brasileiro expresso por dados epidemiológicos e a descrição da estrutura das instituições de produção de serviços de saúde no Brasil, tendo como referência os movimentos que objetivaram a extensão dos serviços de saúde enquanto mecanismos para aumentar o acesso aos mesmos de amplas camadas da população. O desenho metodológico delineado possibilitou trabalhar para além dos limites metodológicos impostos nos campos estritos das ciências biológicas.

Das ciências sociais buscou-se o amparo para a compreensão da inserção do objeto no amplo bojo das relações sociais. Da demografia, a compreensão dos fenômenos vitais em sua projeção nas populações e espaços definidos. Da epidemiologia, utilizaram-se instrumentos para a captação da dinâmica dos fenômenos vitais expressos através de tendências — que permitem uma aproximação da questão central e da ocorrência dos fenômenos e sua distribuição espacial, e dos recursos que a ela se apegam, conformando o que, a grosso modo, se poderia chamar de política para o setor. Procurou-se também preservar espaço suficiente para que o investigador a ele agregasse sua percepção, enquanto trabalhador do Setor Saúde.

Com este detalhamento metodológico, caracterizou-se o presente estudo como de natureza sociológica e de caráter descritivo, estabelecendo-se as questões que se seguem como suas orientadoras:

1. A força de trabalho de enfermagem contribui com mais de 50% dos trabalhadores que produzem os serviços de saúde no País. Este expressivo contingente de trabalhadores aí foi inserido em consonância com as políticas e estratégias de ampliação dos serviços de saúde. Estas políticas determinaram um incremento do número de empregos no setor, com aumento significativo dos trabalhadores sem qualificação específica na área, o que acarretou a polarização da força de trabalho em saúde entre o médico, como o recurso humano de maior composição tecnológica e o atendente, como recurso de menor composição tecnológica; torna-se, portanto, oportuno questionar:
  - 1.1. Quais os determinantes da incorporação de mão-de-obra des qualificada como força de trabalho nos serviços de saúde, enquanto integrante do setor terciário da produção?
  - 1.2. Qual o significado quali-quantitativo da força de trabalho em enfermagem para a produção de serviços de saúde?
  - 1.3. Quais os principais determinantes históricos, sociais e econômicos da composição da força de trabalho em enfermagem?
2. A produção de serviços de saúde, no setor terciário de produção, responde a um padrão de necessidade e a uma crescente demanda por serviços de saúde que têm, entre suas determinantes, as condições de vida da população,

considerando que a força de trabalho em enfermagem, ao inserir-se no processo produtivo, tem peso preponderante na produção de serviços de saúde e que se efetiva por política e estratégias definidas e implementadas pelo setor, este estudo propõe-se a responder:

- 2.1. Quais os principais determinantes dos movimentos de extensão dos serviços de saúde no País e suas repercussões quali-quantitativas para a força de trabalho de enfermagem?
3. A análise da situação de saúde de uma dada sociedade está determinada pelas suas condições de vida dentro de um processo histórico e socialmente determinado. No Brasil, o quadro sanitário reflete a situação econômica e social a que está submetida a população, demarcando profundas diferenças entre as classes sociais e entre as regiões geo-políticas.

Com o propósito de relacionar a produção dos serviços de saúde e as necessidades e demandas expressas pelos dados do quadro sanitário, buscou-se analisar:

- 3.1. Qual o padrão demográfico da população brasileira, e sua repercussão no delineamento do quadro sanitário do País?
- 3.2. Qual a relação quali-quantitativa das doenças características de países subdesenvolvidos e desenvolvidos no quadro sanitário do País?

- 3.3. Qual a expressão das doenças denominadas endêmicas no padrão epidemiológico do País, considerando que alguns indicadores têm apontado melhoria nos índices que expressam as condições de saúde da população?
- 3.4. Qual tem sido a expressão da causa de mortalidade, nos diferentes grupos etários?
- 3.5. A força de trabalho de enfermagem tem contribuído na resolução dos problemas de saúde detectados na análise do perfil epidemiológico da população brasileira?

Para a análise das questões levantadas adotaram-se as três (3) categorias de variáveis consideradas de relevância para este estudo.

- . Epidemiologia - conceituada como o estudo da ocorrência de enfermidades em agrupamentos humanos, enquanto características de uma dada coletividade. A concepção adotada incorporou elementos da epidemiologia social que propõe a análise do processo saúde/doença a partir de sua determinação social, interrelacionando a estrutura econômica e social de uma dada sociedade.
- . Serviço de Saúde - conceituado como um conjunto de unidades produtoras de serviços de saúde colocados à disposição da sociedade para a prevenção e controle de riscos e uma composição tecnológica



para assistência a nível propedêutico e terapêutico.

- . Força de trabalho - conceituado como a capacidade de realizar trabalho útil que aumenta o valor das mercadorias, constituindo-se na força de trabalho que os operários vendem aos capitalistas em troca de um salário em dinheiro.

A variável "epidemiologia" foi adotada para a construção do quadro sanitário estabelecendo-se como elementos de análise a estrutura populacional segundo a distribuição geo-política e a composição por sexo e idade. Para efeito de relação foram utilizados indicadores de esperança de vida ao nascer e a razão de masculinidade. Os indicadores de morbidade e mortalidade foram escolhidos para a configuração da situação sanitária do País e a análise das tendências:

- . Morbidade - definida como o percentagem de ocorrência de uma determinada doença; permite a construção de taxas para o acompanhamento e definição de incidência, prevalência, endemia, epidemia e pandemia segundo variáveis como sexo e idade, entre outros. Neste estudo, optou-se por trabalhar com os dados das doenças de notificação compulsória e endemias rurais, que têm um sistema de infor

mação de base nacional. O estudo de outras morbidades não foi possível pela dificuldade do sistema de informação. A ocorrência de outras morbidades é expressa pelos dados produzidos pela demanda espontânea atendida nos serviços de saúde e por estimativas.

- . Mortalidade - a percentagem de óbitos que ocorre por um determinado agravo. Este indicador permite o acompanhamento da ocorrência de morte por causa, sexo, idade e distribuição geográfica. optou-se por utilizar a mortalidade proporcional objetivando comparação entre causas mais importantes, idade e local de ocorrência dos óbitos.

Outros dados foram utilizados, na configuração do quadro sanitário, apenas como parâmetro de comparação do padrão de vida que tem forte determinação nas condições de saúde da população brasileira.

O número significativamente grande de trabalhos, principalmente nas duas últimas décadas, que analisam os serviços de saúde, possibilitou estabelecer neste estudo uma linha de análise que apontasse a sua extensão enquanto um dos mecanismos de democratização do Setor Saúde, no bojo da luta pela transformação da sociedade brasileira. Assim, estabeleceram-se como indicadores para esta estruturação dos serviços de saúde no País:

- . Construção de modelos alternativos com vistas a uma nova política de saúde;
- . O movimento da Reforma Sanitária, entendido como o pólo no Setor Saúde aglutinador das forças sociais que buscam a democratização dos serviços de saúde no bojo da luta pela democratização da sociedade brasileira.

A análise dos estudos sobre força de trabalho no Setor Saúde que vêm sendo desenvolvidos por grupos de pesquisadores e instituições nacionais demonstra o pionerismo do Brasil em pesquisas nessa área, dentre os países da América Latina. Este pionerismo tem-se destacado na construção de metodologias que possibilitam aos profissionais ou a grupos de profissionais aprofundarem estudos de aspectos particulares da força de trabalho na dinâmica do mercado de trabalho em saúde. Assim, optou-se por utilizar os dados que estão sendo produzidos a partir do desenvolvimento destas metodologias, que trabalham com dados de fontes primárias e secundárias.

Para o presente estudo definiram-se como indicadores para a análise da força de trabalho de enfermagem:

- . Evolução histórica de enfermagem no Brasil, entendido como o desenvolvimento progressivo das idéias, acontecimentos e ações que foram determinando e

configurando a enfermagem enquanto prática social, historicamente determinada;

- . Disponibilidade de serviços de saúde, conceituando todos os serviços que produzem "ações", "atos" e "serviços" de assistência à pessoa e à coletividade na promoção, prevenção, tratamento e recuperação de saúde. Para melhor detalhamento as Instituições foram classificadas em:

Instituições de Saúde com leitos hospitalares e Instituições de Saúde sem leitos hospitalares, segundo sua natureza jurídica de pública ou privada.

- . Composição da força de trabalho em enfermagem, enquanto o conjunto de categorias de trabalhadores que se articulam para a realização das tarefas que caracterizam o trabalho de enfermagem.

- . Evolução do emprego em saúde, entendida como a relação entre oferta e demanda e suas relações com os demais elementos que conformam o mercado de trabalho em saúde. Enquanto indicadores, oferta e demanda são conceituados como:

Oferta: refere-se à procura de oportunidades de trabalho pelos que ingressam no mercado,

como os jovens recém-formados, ou por aqueles que se encontram em trânsito de um emprego ou de ocupação para outra.

Demanda: definida como sendo a totalidade de postos de trabalho ocupados ou vacantes, proporcionados por empresas ou instituições do setor.

As respostas às questões levantadas eram construídas a partir da relação entre as variáveis independentes e dependentes, apontando as perspectivas da enfermagem enquanto massa majoritária de profissionais que compõem a força de trabalho no Setor Saúde.

Para levantamento dos dados referentes aos indicadores, foi utilizado levantamento bibliográfico em fontes secundárias publicadas no período 1978-1988:

- . Anuários estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 1980 e 1988 - Censo Demográfico, item que se refere à análise da ocupação principal dos recenseados na área de saúde;
- . Dados do inquérito da Assistência Médica - Sanitária - AMS - 1984 - no item que analisa a evolução da demanda por força de trabalho em saúde;

- . Dados publicados pelo Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem sobre o Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil - 1982-83, V.I e II, 1985 e 1986;
- . Dados da Pesquisa realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública, que analisa a situação do conjunto dos trabalhadores vinculados ao Setor Saúde nas décadas de 70 e 80.

Outras fontes foram utilizadas para levantamento dos dados, constituindo-se no material de análise organizado no capítulo de resultados em 3 (três) partes:

- . Padrão epidemiológico da população brasileira;
- . Estrutura dos serviços de saúde no Brasil;
- . Força de trabalho de enfermagem: características quantitativas e qualitativas na dinâmica do mercado de trabalho em saúde.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Padrão Epidemiológico da População Brasileira

Este capítulo pretende caracterizar algumas variáveis epidemiológicas da população brasileira, tendo como pressuposto básico que a definição do padrão epidemiológico de qualquer população é determinado pela conjunção de fatores geo-políticos, econômicos e sociais e não apenas pelos fatores "ditos" bio-genéticos. Neste estudo, esta caracterização é fundamental, porquanto o perfil epidemiológico de uma dada população expressa de forma relevante o perfil das demandas e necessidades de saúde para as quais os trabalhadores de saúde devem dar respostas técnicas, científicas e políticas.

A descrição deste padrão terá como pressuposto conceitual que a relação entre saúde e doença é um processo que se desenvolve, individual e/ou coletivamente, referido e dependente ao todo social, econômico, histórico e cultural. Assim, buscar-se-á subsidiar a análise da força de trabalho em enfermagem na dinâmica do mercado em saúde, em seus aspectos qualitativos e quantitativos, como uma prática social que deve contribuir para a resolução dos problemas de saúde da população. Com este entendimento, a prática de enfermagem, enquanto parte do processo de trabalho em saúde, deve caracterizar-se por intervenções no processo saúde/doença através de ações de caráter antecipatório (de

promoção e de prevenção), objetivando a redução e/ou a eliminação de riscos, no diagnóstico oportuno, no tratamento adequado e eficiente frente aos danos já instalados, e na recuperação de incapacidades físicas e mentais que tenham sido comprometidas. Esta intervenção deve ser dirigida a indivíduos, grupos de riscos e ao todo coletivo.

Diante da amplitude e complexidade de variáveis e aspectos que constroem o perfil epidemiológico do País, o presente estudo limita-se às variáveis demográficas e de morbi-mortalidade. Propõe-se, em um primeiro momento, a indicar e discutir aspectos teóricos conceituais sobre o processo saúde/doença a partir dos seus determinantes. Em seguida, deter-se-á na descrição de indicadores demográficos (população geral, distribuição urbana, rural, composição por faixa etária, sexo e crescimento) objetivando uma aproximação com as condições de vida e, por via de consequência, com as situações determinantes e determinadas pelo processo de saúde/doença. Em outro momento, enfocar-se-á o quadro nosológico da população, a partir de dados de morbi-mortalidade, esperança de vida ao nascer e exposição a riscos, conforme as regiões geo-políticas.



### 3.1.1. Aspectos conceituais do processo saúde/doença

Ao se analisar as características epidemiológicas de uma dada população, surge um dilema de ordem conceitual e metodológica. As bases da epidemiologia tradicional, indicadores e taxas — enquanto parâmetros que medem nível de saúde de uma população — não são suficientes nem para explicar a determinação da doença nem tampouco a "estabilidade" traduzida pelo estado de saúde". Para o Brasil, esta abordagem torna-se ainda mais frágil, uma vez que os dados que a conformam carecem de confiabilidade devido à precariedade do sistema de informação. Paralelamente, a abordagem baseada na epidemiologia social que incorpora conceitos econômicos, geo-políticos e sociais para explicar o processo saúde/doença, não tem sido, também, suficiente para definir medidas e estratégias de intervenção que respondam às necessidades de saúde e aos problemas de doença da população brasileira. Entre outras, duas dificuldades se sobressaem quando se trabalha com os parâmetros da epidemiologia social. A primeira é a dificuldade que têm os profissionais de saúde de manejar com estes parâmetros, advinda quase sempre do processo de formação que, em geral, prioriza os marcos do pensamento positivista funcionalista. A outra dificuldade refere-se aos limites da aplicabilidade dos marcos referenciais da epidemiologia social para explicar a relação multicausal do processo saúde/doença.

RODRIGUEZ NETO (1988b), ao analisar a dualidade na abordagem da saúde, aponta de um lado os estudos que têm como base os aspectos da assistência aos indivíduos e ao seu conjunto em relação aos seus problemas de saúde e, de outro, os estudos que incluem a primeira concepção e incorporam a análise das relações de produção e a organização do tecido social em uma formação social concreta. Para o Autor é importante analisar esta dualidade, pois do questionamento das abordagens descritivas e críticas — sob uma perspectiva funcionalista que até hoje é hegemônica na área da epidemiologia — surgiram não apenas as bases de análise histórico-estrutural como também foi possível à área de saúde coletiva incorporar um novo campo de estudo. Tais resultados possibilitaram uma compreensão mais global dos processos na área de saúde e uma intervenção mais concreta e imediata no que se refere às políticas de saúde, orientando diferentemente a organização das práticas e dos serviços de saúde. Reconhecendo e assumindo este dilema, neste estudo será adotado o conceito do processo saúde/doença, que incorpora a sua determinação histórica e social frente à organização da sociedade brasileira.

O conceito de doença tem sua origem identificada com o surgimento da clínica. A observação criteriosa, minuciosamente empírica, dos pacientes abrigados nos hospitais gerais do século XVII, possibilitou aos primeiros doutores o exercício e o desenvolvimento de um saber diagnóstico fundado em princípios natu

ralistas. As numerosas e constantes informações sobre os padecimentos dos doentes são organizados em taxonomias mórbidas, as nosografias. Forjando-se como uma medicina das espécies, a clínica reflete o furor classificatório e funda a ciência moderna (ALMEIDA FILHO, 1989). Corroborando esta concepção, BERLINGUER (1988), ao analisar a distribuição da saúde e da doença entre os indivíduos, as classes e os povos, interpreta as definições e percepções do processo saúde/doença, afirmando que estas são dependentes dos valores e interesses das organizações sociais em cada período. Quanto ao fenômeno doença, este Autor esclarece que, quando se considera a espécie humana, 3 (três componentes estão interligados. O primeiro refere-se ao fato objetivo, corporal, significando alteração de algum órgão, aparelho, sistema ou função, mais ou menos demonstrável. O segundo demonstra um maior ou menor conhecimento do mal. Por último, uma idéia e uma medida, derivadas do conhecimento, dos prejuízos, dos interesses da época, e portanto um juízo de valor, uma interpretação ética além da científica, que vale como guia de ação.

Para FOUCAULT (1988), o pensamento classificatório se dá em um espaço essencial. A doença nele só existe na medida em que ela a constitui como natureza e, no entanto, sempre aparece um pouco deslocada com relação a ele, por se oferecer em um doente real, aos olhos de um médico previamente armado. Para os adeptos deste conceito, o ato fundamental do conhecimento médico era

estabelecer uma demarcação: situando um sintoma em uma doença, uma doença em um conjunto específico, que era situado dentro do plano geral do mundo patológico.

No século XVIII, na concepção da medicina da espécie, as noções de constituição e de epidemias estabelecem uma rede pelo jogo de séries que, ao se cruzarem, permitem reconstituir uma cadeia. Prova disto é que RAZOUX, apud FOUCAULT (1980) estabelecia diariamente operações metodológicas e climáticas que confrontava, por um lado, com uma análise nosológica dos doentes observados e, por outro, com a evolução das crises e o término das doenças. Neste contexto, a medicina do espaço social era obscurecida aos olhos dos contemporâneos, pelo prestígio demasiado visível de uma consequência que lhes era comum: a neutralização de todas as instituições médicas que demonstravam opacidade em face das novas exigências do olhar. Era preciso, com efeito, que se constituísse um campo da experiência médica inteiramente aberto, para que a necessidade natural das espécies nele pudesse aparecer sem resíduo ou confusão. Era preciso, também, que ele estivesse bastante presente em sua totalidade e condensado em seu conteúdo para que pudesse formar um conhecimento fiel, exaustivo e permanente da saúde de uma população.

Para BERLINGUER (1988), o conceito de doença enquanto ausência, supressão de algum princípio vital ou uma presença estranha e nociva, evoluiu até os dias atuais para uma concepção

mais ampla, entendendo o corpo com relações sociais, sofrendo agressões de substâncias tóxicas, exposições a forças autodestrutivas, inserido em ambientes insalubres, com a presença de microorganismos e parasitas.

Com esta evolução, a compreensão do processo saúde/doença enquanto relação do indivíduo com seu corpo, adquire uma amplitude espacial e dinâmica, incorporando a análise do homem em um dado modo de produção que determina um estilo de vida peculiar. Essas relações determinam processos patológicos que, enquanto doença num indivíduo, aparecem como fenômenos intimamente ligados à sua existência privada, mas raramente como um caso isolado. Assim, processos patológicos semelhantes acontecem paralelamente em outras pessoas e são expressão de forças destrutivas que agem sobre a coletividade (BERLINGUER - 1988).

No Brasil esta discussão tem merecido análise por parte de vários autores que utilizam elementos teóricos conceituais diferentes para a explicação do processo saúde/doença e seus determinantes. Durante as discussões para elaboração da carta constitucional, o tema "saúde" figurou entre os principais pontos da pauta dos constituintes e dos representantes da sociedade civil, como também permeou as reivindicações dos setores populares. O documento constitucional promulgado em 1988 expressa algumas destas discussões, apresentando, na "seção da saúde", Título da Ordem Social, uma concepção que relaciona a

efetividade do serviço de saúde com questões extra setoriais como trabalho, escolaridade, lazer, moradia e nutrição.

### **3.1.2. Características demográficas, econômicas e sociais da população brasileira**

O Brasil, terceiro país do mundo em extensão ter-ritorial, totaliza 8.511.965 km<sup>2</sup> divididos em 26 Estados e Ter-ritórios além do Distrito Federal, agrupados em 5 (cinco) regi-ões geo-políticas. Estas regiões apresentam marcadas diferenças climáticas, de relevo, de hidrografia, de recursos minerais, econômicos, sociais e culturais. Segundo AZEVEDO (1984), cada uma dessas regiões subdivide-se em sub-regiões com grandes diferen-ças internas. As diferenças geo-políticas estão consignadas por diferenças econômicas que definem um quadro de intensas desi-gualdades nas condições de vida da população, comprovadas atra-vés de indicadores econômicos e dos índices de natalidade, mor-talidade e morbidade, entre outros.

A população brasileira, segundo o censo de 1980, (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, 1980) era de 119.002.706 habi-tantes, sendo 80.436.409 residentes em zona urbana e 38.566.197 residentes em zona rural. A população estimada para 1988 é de 147.404.300 habitantes, sendo 109.696.800 residentes em região urbana e 37.707.500 na rural. A tendência à urbanização da popu

lação brasileira é um fenômeno que se configurará como um dos mais importantes como causa-consequência da conformação do padrão epidemiológico do País. Além dos vazios populacionais deixados no campo, constata-se que este movimento migratório tem como pólo de atração as grandes metrópoles, em especial as da região Sudeste que, com apenas 10,86% de área territorial, abrigava em 1980 43,47% do contingente populacional do Brasil. Em contrapartida, as regiões Norte e Centro-Oeste, que juntas constituem 64,15% da área territorial, congregavam, no mesmo ano, apenas 11,28% da população (Tabela I).

Como já foi comentado, um aspecto importante, apontado pelos dados do censo de 1980, é a distribuição da população por região geo-política, conforme mostra a Tabela I. Os 43,77% da população residente na região Sudeste concentram-se, basicamente, no estado de São Paulo, que possui apenas 2,91% da extensão territorial e que, junto com Minas Gerais, resulta em uma população total de 38.418.725, equivalente a 32,28% da população geral do País, em 1980.

Quando analisados os dados referentes à distribuição da população, por residência, na área urbana e rural (Tabela II), constata-se uma grande concentração em área urbana, representando, em 1980, 67,57% da população. Outra observação flagrante é que esta distribuição significa uma inversão e uma tendência da população brasileira, como se comprova tomando-se os

TABELA I - População total do Brasil por área de extensão territorial nas regiões geo-políticas. Brasil - 1980.

Região	População		Área (em km <sup>2</sup> )	
	Nº	%	Nº	%
<b>NORTE</b>	5.880.268	4,94	3.581.180	42,07
Rondônia	491.069	0,41	243.044	2,86
Acre	301.303	0,25	152.589	1,79
Amazonas	1.430.089	1,20	1.564.445	18,38
Roraima	79.159	0,06	230.104	2,70
Pará	3.403.391	2,86	1.280.042	14,66
Amapá	175.257	0,14	140.276	1,65
<b>NORDESTE</b>	34.812.356	29,25	1.548.672	18,20
Maranhão	3.996.404	3,35	328.663	3,86
Piauí	2.139.021	1,79	250.934	2,95
Ceará	5.288,253	4,44	148.016	1,74
Rio Gde.do Norte	1.898.172	1,59	53.015	0,62
Paraíba	2.770.176	2,32	56.372	0,60
Pernambuco	6.141.993	5,16	98.281	1,16
Alagoas	1.982.591	1,66	27.731	0,33
Fernando Noronha	1.279	0,00	26	0,00
Sergipe	1.140.121	0,95	21.994	0,26
Bahia	9.454.346	7,94	561.016	6,59
<b>SUDESTE</b>	51.734.125	43,47	924.935	10,86
Minas Gerais	13.378.553	11,24	587.172	6,90
Espírito Santo	2.023.340	1,70	45.597	0,53
Rio de Janeiro	11.291,520	9,48	44.168	0,52
São Paulo	25.040.172	21,04	247.898	2,91
<b>SUL</b>	19.031.162	15,99	577.723	6,79
Paraná	7.629.392	6,41	199.554	2,34
Santa Catarina	3.627.933	3,04	95.985	1,13
Rio Gde.do Sul	7.773.837	6,53	282.184	3,32
<b>CENTRO OESTE</b>	7.544.795	6,34	1.879.455	22,08
Mato G.do Sul	1.369.567	1,35	350.548	4,12
Mato Grosso	1.138.691	0,95	881.001	10,35
Goiás	3.859.602	3,24	642.092	7,54
Distrito Federal	1.176.935	0,98	5.814	0,07
<b>BRASIL</b>	119.002.706	100	8.511.965	100

FONTE: Anuário Estatístico do Brasil - 1988



**TABELA II** - Percentual da população urbana e rural do Brasil, segundo as grandes regiões geo-políticas.

Brasil - 1940/1980.

Grandes Regiões	1940		1950		1960		1970		1980	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Norte	27,75	72,25	31,49	68,57	37,80	62,20	45,13	54,87	51,69	48,31
Nordes te	23,42	76,58	26,40	73,60	34,24	65,76	41,81	58,19	50,44	49,56
Sudes te	39,42	60,58	47,55	52,45	57,36	42,64	72,68	27,32	82,79	17,21
Sul	27,73	72,27	29,50	70,50	37,59	62,42	44,27	55,73	62,41	37,59
Centro-Oes te	21,52	78,48	24,38	75,62	35,02	64,98	48,04	51,96	67,75	32,25
Brasil	31,24	68,76	36,16	63,84	45,08	54,92	55,92	44,08	67,57	32,43

FONTE: RADIS-Dados 6 e 7, 1987

dados do período de 1940-1980. Relacionando-se os dados das Tabelas I e II, pode-se inferir que esta inversão e tendência da população foram determinadas e forjadas com o objetivo de atender às necessidades de mão-de-obra do setor industrial. Assim, a relação população urbano/rural em 1940, de 31,24% e 68,76% habitantes respectivamente, passa, em 1980, para 67,57% e 32,43% habitantes, respectivamente. Este processo interno na direção campo/cidade gera a concentração populacional dos grandes centros e constrói, para o Brasil, uma situação de saúde singular que se aproxima do perfil epidemiológico de países do primeiro e do terceiro mundo. Tomando-se apenas a região Norte, observa-se uma relação totalmente inversa. Possuindo a maior extensão territorial do País, ou seja, 42,0%, conta apenas com 4,94% da população, o que resulta numa densidade demográfica de apenas 0,6 habitantes/km<sup>2</sup>, diferentemente da região Sudeste, onde existem 55 habitantes/km<sup>2</sup>. Estes poucos dados referentes à distribuição da população brasileira se traduzem no Setor Saúde, em dificuldades e obstáculos na organização, estruturação e funcionamento de serviços capazes de atender com resolutividade às necessidades e demandas da população, assim como assegurar o acesso de todos, seja pelo lado da concentração populacional, seja pelo seu contrário, a baixa densidade da distribuição da população brasileira. A tendência à urbanização e o permanente movimento migratório campo-cidade, somados, contribuem sensivel

mente na determinação do perfil epidemiológico brasileiro. A expressão deste processo migratório, determinado pelo desenvolvimento do setor secundário da economia, é mais nítido quando se observa a diferença da distribuição da população urbana e rural por região geo-política. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste a distribuição, em 1980, aproxima-se da observada para os dados referentes ao País, enquanto que nas regiões Norte e Nordeste a distribuição apresenta um equilíbrio, em relação à população urbana/rural, próximo a 50%. A concentração de parques industriais e, conseqüentemente, da economia na região Sudeste, pode explicar essas diferenças na concentração populacional, determinando, ainda, desigualdades na distribuição de recursos assistenciais e tecnológicos, em especial, no Setor Saúde. Ao se estudar os dados de crescimento da população do início do século até 1980, verifica-se um incremento positivo na população até a década de 60, a partir da qual verifica-se um ligeiro decréscimo, passando de 2,89% no período de 1960-1970 para 2,48% no período de 1970-1980. Mantendo-se esta tendência estima-se que a taxa de crescimento no período 1980-1990 e 1990-2000 será de 2,75% e 2,52% respectivamente.

Com estas projeções estima-se que no ano 2000, a população residente na área urbana atingirá 143.105.100 habitantes apresentando 78,3% do total da população, enquanto que 36.381.400, ou seja, 21,70% dos habitantes estarão residindo na área rural.

MARTINE (1989), ao estudar o mito da explosão demográfica, aponta a desaceleração no ritmo do crescimento vegetativo e afirma que a estimativa para o momento atual é que o crescimento esteja em torno de 1,8% a.a. A partir desta estimativa, a população brasileira não atingirá os 200 milhões de habitantes esperados, mas deverá ficar em torno de 150 milhões de pessoas. Apesar de verificada a desaceleração do crescimento vegetativo da população, o crescimento anual sofre influências da pujança do crescimento anterior. Segundo o novo equilíbrio entre a taxa de natalidade e de mortalidade só será observado no ano 2050, estimando uma população de 250 milhões de habitantes, atingindo o país o padrão demográfico de baixos níveis de natalidade e mortalidade.

Este padrão demográfico determina para o setor de saúde, em especial, para os serviços de saúde, uma necessidade de redefinição de composição tecnológica, inclusive da força de trabalho. Os problemas de saúde gerados a partir dos processos de concentração rápida e desordenada da população urbana, a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, requer profissionais capazes de prevenir riscos mais comuns em população urbanizada/industrializada, bem como atender a demandas da população que certamente terá um perfil sanitário onde se agravados os dados referentes às doenças crônicas e degenerativas.

MARTINE (1989), ao estudar o mito da explosão demográfica, aponta a desaceleração no ritmo do crescimento vegetativo e afirma que a estimativa para o momento atual é que o nível de crescimento esteja em torno de 1,8% a.a. A partir desta estimativa, a população brasileira não atingirá os 200 ou 220 milhões de habitantes esperados, mas deverá ficar em torno de 170 milhões de pessoas. Apesar de verificada a desaceleração no crescimento vegetativo da população, o crescimento anual sofre as influências da pujança do crescimento anterior. Segundo o Autor, o novo equilíbrio entre a taxa de natalidade e de mortalidade só será observado no ano 2050, estimando uma população de 240 a 250 milhões de habitantes, atingindo o país o padrão demográfico de baixos níveis de natalidade e mortalidade.

Este padrão demográfico determina para o setor de serviço, em especial, para os serviços de saúde, uma necessidade de redefinição de composição tecnológica, inclusive da força de trabalho. Os problemas de saúde gerados a partir dos processos de concentração rápida e desordenada da população urbana, além da diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, requerem profissionais capazes de prevenir riscos mais comuns em população urbanizada/industrializada, bem como atender a demandas de uma população que certamente terá um perfil sanitário onde estarão agravados os dados referentes às doenças crônicas e degenerativas.

TABELA III: População total do Brasil por faixa etária - Brasil 1900/1980

GRUPO ETÁRIO	1900		1910		1920		1930		1940		1950		1960		1970		1980	
	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%	ABSOLUTO	%
07 - 05	2.518.742	16,16	4.059.216	17,60	5.254.462	17,15	6.493.668	18,26	7.337.203	17,82	9.161.546	17,64	12.337.722	17,60	15.131.341	16,39	16.423.700	13,80
05 - 10	2.376.449	13,63	3.185.468	13,80	4.362.228	14,24	5.066.511	14,26	6.014.251	14,61	7.632.009	14,69	10.194.381	14,54	12.730.394	13,79	14.773.741	12,42
10 - 15	2.108.089	12,01	2.803.100	12,15	3.812.246	12,44	4.375.042	12,31	5.130.431	12,46	6.540.442	12,59	8.626.324	12,30	10.914.547	11,82	14.263.322	12,00
15 - 20	1.861.977	10,62	2.456.379	10,65	3.318.024	10,83	3.787.687	10,66	4.413.538	10,72	5.646.565	10,87	7.333.231	10,46	9.363.746	10,14	13.575.971	11,41
20 - 25	1.617.355	9,25	2.119.495	9,19	2.847.295	9,29	3.242.966	9,13	3.759.832	9,13	4.852.452	9,34	6.202.649	8,84	8.005.275	8,67	11.513.220	9,67
25 - 30	1.380.056	7,91	1.797.840	7,80	2.403.234	7,85	2.734.318	7,69	3.162.317	7,68	4.115.615	7,92	5.214.766	7,44	6.834.935	7,40	9.442.277	7,94
30 - 40	2.122.290	12,17	2.741.454	11,88	3.639.439	11,88	4.142.223	11,66	4.789.376	11,63	6.300.939	12,13	7.980.211	11,38	10.701.886	11,59	14.039.109	11,80
40 - 50	1.428.748	8,19	1.820.152	7,89	2.388.826	7,80	2.730.302	7,68	3.162.111	7,68	4.138.661	7,97	5.426.255	7,74	7.562.777	8,19	10.337.274	8,69
50 - 60	907.609	5,21	1.132.721	4,91	1.457.506	4,76	1.672.108	4,71	1.939.502	4,71	2.363.188	4,55	3.517.596	5,02	5.160.183	5,59	7.250.094	6,10
60 - 70	518.129	2,97	623.155	2,70	776.371	2,53	882.437	2,48	1.031.487	2,50	972.141	1,87	2.060.481	2,92	3.292.877	3,56	4.474.511	3,76
70 e +	298.991	1,71	327.852	1,42	375.974	1,23	404.949	1,14	443.241	1,06	220.819	0,43	1.235.445	1,76	2.643.595	2,86	2.741.506	2,30
Id. Igno.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	128.041	0,11
TOTAL	17.438.434	100,00	23.066.832	100,00	30.635.605	100,00	35.532.211	100,00	41.165.289	100,00	51.994.397	100,00	70.119.061	100,00	92.341.556	100,00	119.002.706	100,00

FOUITE: IBGE - Anuário Estatístico Brasil - 1988.

Neste estudo, outro aspecto da estrutura da população, de importância, refere-se à sua composição por grupo etário, fundamental para a análise do quadro de morbimortalidade e na conformação do perfil epidemiológico.

Os dados apresentados na Tabela III demonstram que a população brasileira vem apresentando uma modificação na sua estrutura, por grupo etário, desde o início do século até os dias atuais. Observa-se que no início do século predominavam na população brasileira os grupos de até 25 anos de idade, representando 61,76% da população total. Os grupos de 40 anos e mais representavam apenas 18,08%, enquanto que em 1980 a população de menores de 25 anos de idade passa a representar 49,63% da população. Em síntese, observa-se um aumento considerável dos grupos de mais de 40 anos, que passaram a representar 20,96% da população geral. Estes dados projetados configuram uma estrutura populacional por grupo etário que poderá modificar em muito o perfil nosológico da população, onde poderão estar presentes os riscos comuns a estas idades, traduzindo novas necessidades e prioridades para os serviços de saúde e, conseqüentemente, para a preparação de recursos humanos para o setor. Estas informações remetem à análise de estimativa da esperança de vida ao nascer, o que significa o número médio de anos que ainda restam

para serem vividos pelos indivíduos que sobrevivem até a idade considerada, pressupondo que as probabilidades de morte que ser viram para o cálculo continuem as mesmas (LESER, 1976).

A esperança de vida tem sido usada como parâmetro para medir as condições de vida e de saúde de uma dada população. Para LAURENTI (1982), ela é um bom indicador de saúde, por ser uma medida-resumo que sintetiza como a mortalidade age ou atua, em todas as idades. Outro fator importante, apontado pelo Autor, é o fato da estimativa da esperança de vida ao nascer não sofrer os efeitos da composição da população por idade. Vários autores — LESER (1976), YUNES et alii (1982), LAURENTI(1982) — relacionam o seu aumento com a melhor das condições de vida e o grau do desenvolvimento de uma sociedade. GABALDON (1956), na década de 50, propôs um modelo para a utilização da esperança de vida ao nascer e o grau de desenvolvimento da saúde pública em uma dada sociedade, classificando-a em 3(três) níveis. O primeiro categoriza a situação de saúde pública como subdesenvolvida quando a esperança de vida ao nascer está abaixo de 50 anos. O segundo categoriza a saúde pública de intermediária, quando a esperança de vida estimada atinge 50 a 64 anos. Por último, no terceiro nível, refere-se à categoria de sociedade desenvolvida quando a etimativa de esperança de vida está cima de 64 anos.



TABELA IV - Esperança de vida ao nascer, segundo regiões geo-políticas.

Brasil - 1940/1980.

Ano Região	1940	1950	1960	1970	1980
Norte	40,44	44,26	52,62	54,05	64,17
Nordeste	38,17	38,69	43,51	44,38	51,57
Sudeste	44,00	48,81	56,96	56,89	63,59
Sul	50,09	53,33	60,34	60,26	66,98
Centro-Oeste	48,28	51,03	56,40	55,96	64,70
Brasil	42,74	45,90	52,37	52,67	60,08

FONTE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
Anuário Estatístico do Brasil - 1988

A análise dos dados da Tabela IV demonstra que existem diferenças significativas na esperança de vida ao nascer nas diversas regiões geo-políticas do País, que podem ser utilizadas para relacioná-las com o grau de desenvolvimento econômico e social. Quando observados os dados de esperança de vida ao nascer no Brasil no período de 1940 - 1980, verifica-se que houve um aumento em todos os decênios, passando de 42,74 em 1940 para 60,08 em 1980, o que pode significar que ocorreu melhoria

nas condições de vida da população brasileira. Utilizando a classificação proposta por GABALDON (1956), verifica-se que a Saúde Pública no Brasil passou da categoria de subdesenvolvida em 1940 para a categoria de intermediária a partir da década de 60. Com estes dados constata-se um aumento de 20 anos aproximadamente na estimativa de vida ao nascer da população brasileira, no período de 1940 - 1980.

Apesar de comprovado o aumento desta estimativa para o conjunto da população brasileira, mais um vez, os dados por região geo-política servem para demonstrar as diferenças entre as mesmas. Enquanto as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam estimativa de esperança de vida para 1980 de 63,59, 66,98 e 64,70 anos respectivamente, atingindo a categoria de desenvolvidas, a região Nordeste apresenta estimativa de 51 57 anos, incluindo-se a nível de saúde pública, conforme os critérios de GABALDON (1956), como intermediária.

Estes dados espelham a convivência em nosso País de regiões com características de Saúde Pública desenvolvida e outras, ainda, classificadas como intermediárias, o que demonstra, mais uma vez as diferenças econômicas e sociais existentes entre nós. Estes dados confirmam as mudanças no padrão demográfico da população brasileira. Em particular, o aumento da esperança de vida confirma a necessidade dos serviços de saúde estabelecerem estratégias e ações que devem dar conta de um quadro

sanitário que apresenta, ainda, a combinação das doenças características da população infantil do terceiro mundo com os riscos característicos das sociedades industrializadas e o surgimento dos riscos prevalentes em pessoas mais idosas.

Outra característica importante na análise demográfica da população e que guarda relação direta com o quadro nosológico, e, conseqüentemente, com as necessidades e demandas de saúde da população, refere-se a sua composição por sexo.

Os dados do censo de 1980 apresentam uma relação na qual a população brasileira é constituída por 49,7% de mulheres e 50,3% de homens. Para YUNES et alii (1982), a composição da população por sexo é importante, permitindo a análise de alguns fenômenos demográficos, que dependem desta variável, tais como a migração, mortalidade, nupcialidade, fecundidade, natalidade e a força de trabalho. Segundo o Autor, esta análise apresenta também importância em epidemiologia, uma vez que permite compreender a distribuição dos agravos à saúde que, em alguns casos, têm comportamento diferente entre homens e mulheres. É importante ressaltar que esta diferença está diretamente relacionada à participação diferenciada de homens e mulheres no modo produtivo e reprodutivo em nossa sociedade. Ao estudar a relação das variáveis de sexo e idade, YUNES et alii (1982) explicam que o maior contingente de homens no grupo etário de menores de 15 anos deve-se ao fato de nascerem 5% a 6% mais homens do que mu-

lheres e morrem 4% a 5% mais homens do que mulheres. Para a análise comparativa dessas informações, são também importantes, para o cálculo da razão de masculinidade, a relação do número de homens para 1000 mulheres, na população.

**TABELA V** - Razão de masculinidade (por 1000 mulheres) Brasil - 1940/1980.

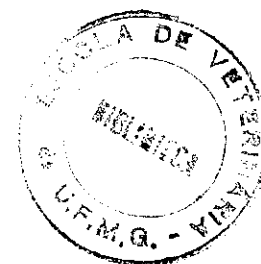
Anos	Razão Masculinidade
1940	999,6
1950	993,3
1960	997,9
1970	989,8
1980	987,3

FONTE: Anuário Estatístico do Brasil - 1988

Os dados da Tabela V mostram que no período de 1940 - 1980 a razão de masculinidade vem decrescendo, sendo mais visível a partir de 1970, atingindo em 1980 a razão de 987,3 homens para cada 1000 mulheres. Este dado torna-se mais significativo quando analisado por regiões geo-políticas do País, conforme expresso na Tabela VI.

**TABELA VI** - Razão de masculinidade (por 1000 mulheres), segundo as regiões geográficas. Brasil - 1980.

Região	Razão Masculinidade
Norte	1.034,1
Nordeste	958,1
Sudeste	989,1
Sul	1.002,1
Centro-Oeste	1.036,0
Brasil	987,3



FONTE: LAURENTI et alii - 1987

Os dados da Tabela VI demonstram alta razão de masculinidade nas regiões Norte e Centro-Oeste, o que pode ser explicado pelo fator de imigração masculina na última década, decorrente da expansão de fronteiras agrícolas e projetos econômicos de grande vulto (LAURENTI et alii, 1987).

A razão de masculinidade de 958,1 na região Nordeste pode ser explicada pelo fator inverso, ou seja, pela emigração de sua população masculina para outras regiões de atração de mão-de-obra no País.

Na análise da composição da população por sexo, torna-se fundamental destacar a variável da fecundidade, considerando principalmente o papel da mulher na reprodução biológica. São muitas as teorias que buscam relacionar o crescimento físico da população e sua distribuição espacial com o desenvolvimento das nações, o que pode ser confirmado pelas frequentes manifestações de autoridades políticas, civis e militares quanto à necessidade de reduzir, rápida e drasticamente, o crescimento populacional.

Quanto ao caso brasileiro, MARTINE (1989), analisando a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), de 1979, já apontava uma queda de fecundidade muito mais rápida do que seria possível imaginar, tomando como parâmetro a história dos países desenvolvidas. Com o censo de 1980 a queda foi confirmada, evidenciando-se, ainda, sua acentuação. Já os dados da PNAD de 1984 demonstram uma queda de 19% na taxa de fecundidade total. Segundo estimativas, se esta tendência persistir, a queda entre 1980 e 1990 será de 47%.

Estes dados são fundamentais para uma análise da situação demográfica do País. Apesar de não ser possível verificar uma intervenção direta do poder público, na definição de políticas para a redução de natalidade, no País, a queda rápida é universal traduz, para os serviços de saúde, um quadro bastante diferente do discurso da necessidade de diminuir a nata-