

apresentam perfis profissionais mais homogêneos. Os segundos apresentam grandes disparidades regionais, configuram perfis profissionais heterogêneos, que podem variar do neurocirurgião ao curandeiro. Isto se reflete, também, na coexistência de dois sistemas de assistência à saúde, nos países subdesenvolvidos. O primeiro sistema se caracteriza por ser homogêneo, institucional, formal e regulamentado, geralmente assumido e sustentado direta ou indiretamente pelo Estado. O segundo, informal, quase sempre marginal ao sistema oficial, caracteriza-se por ser espontâneo e assumido por voluntários e/ou praticantes comunitários — benzendeiras, parteiras, agentes comunitários etc... Marcado por sua natureza não institucional e não regulamentar, está quase sempre vinculado aos costumes e aos valores culturais predominantes em cada região. Na sociedade brasileira é flagrante o paralelismo desses dois sistemas com acentuada combinação no uso dos mesmos pela população.

Apesar da complexidade dos fatores que determinam a dinâmica do mercado de trabalho no setor terciário de produção, no qual os serviços de saúde se incluem, alguns podem ser apontados como mais relevantes, a saber:

- . a política de saúde, fortemente marcada pela extensão dos serviços de saúde, com privilegiamento do setor privado;

- . O Estado como intermediador e interlocutor dos grupos hegemônicos do modelo privatista, criando demanda efetiva de compra de serviços;
- . a instabilidade econômica marcada por crises que desencadeiam o desemprego e o sub-emprego no Setor Saúde;
- . o incremento da oferta de profissionais do setor, decorrente da política de expansão do ensino superior marcado por alto nível de privatização;
- . o desequilíbrio entre oferta e demanda, com consequente rebaixamento salarial.

Esses mesmos fatores determinam que a composição e a caracterização da força de trabalho de enfermagem esteja marcada pela heterogeneidade de agentes, pela incorporação de grande contingente de trabalhadores sem qualificação específica e, conseqüentemente, pelo baixo nível de remuneração e pelo grande desequilíbrio qualitativo e quantitativo entre oferta e demanda. Outro ponto que deve ser considerado no estudo da força de trabalho em saúde refere-se ao destaque do setor de prestação de serviços de saúde, ao longo das últimas décadas, na expansão de empregos, em que pese a instabilidade econômica do País e o desequilíbrio entre oferta e demanda, já citados. Durante a década de 70, o crescimento do emprego do Setor Saúde esteve à frente do crescimento da oferta de emprego no segmento formal do

mercado. Tomando como exemplo o período de 1976/1980, verifica-se que, enquanto a PEA cresceu 4,1% ao ano, a taxa de empregos ofertados pelas instituições do Setor Saúde foi duas vezes maior ou seja, 8,9% ao ano. (GIRARDI, 1988). Segundo estimativas do IBGE, em 1985 mais de 49% do total de pessoas ocupadas no País estavam inseridas em atividades do setor terciário da economia, sendo que o Setor Saúde, com mais de 1 milhão de trabalhadores, detinha, aproximadamente, 25% do contingente de ocupados em atividades deste setor da economia.

A força de trabalho em saúde constitui atualmente um expressivo contingente de 3% de todos os trabalhadores brasileiros. Projetada na base da taxa de crescimento de 100% ocorrida no período de 1970/1980, deve abranger hoje no Brasil cerca de um milhão e oitocentos trabalhadores. A metade desse número está composta por profissionais com qualificação específica em saúde, isto é, por profissionais de saúde. (NOGUEIRA, 1986).

Para GIRARDI (1988), este fenômeno pode ser explicado, de um lado, pela interferência de fatores externos ao setor, advindos da terciarização da economia do País, conseqüente do rápido processo de industrialização da economia brasileira. Por outro lado, podem-se considerar fatores intrínsecos ao próprio setor, condicionados estruturalmente:

- . pelos modos particulares de inserção do Setor Saúde na estrutura produtiva;

- . pelas relações de poder na sociedade, particularmente às cristalizadas no âmbito do Estado.

Ao analisar este fenômeno, NOGUEIRA et alii (s.d) afirmam que a força de trabalho em saúde na década de 70 respondeu portanto à lógica do Estado e dos grupos médicos que pretendem tornar o setor rentável para o capital privado. Neste sentido, o Setor Saúde vem assumindo importância na estrutura ocupacional brasileira, passando a exibir funções importantes no planejamento econômico por funcionar como importante pólo de absorção de parcelas da população economicamente ativa e também pelo fato dos empregos de saúde possibilitarem a utilização cíclica de pessoas durante as fases de crise acentuada, como mecanismo de sustentação da demanda efetiva.

NOGUEIRA (1986a) afirma ainda que "essa característica faz com que os serviços de saúde sejam no setor terciário da economia, importante gerador de emprego de baixa qualificação, concorrendo, neste aspecto, com a indústria manufatureira".

Considerando o crescimento e as diversas modalidades sócio-institucionais dos prestadores de serviço de saúde, observa-se que o período de 1976/1984 foi sobretudo marcado por quatro tendências do emprego total:

- a) o forte incremento.
- b) o maior crescimento do efetivo de empregos na rede de serviços e ambulatorios.

c) o maior dinamismo do emprego total.

d) um maior crescimento do emprego de saúde nas faixas de maior qualificação.

Estas características são tão marcantes no setor que a recessão do período 1981/1983, que causou impactos negativos para o nível de emprego formal no Brasil, chegando a atingir índices inferiores aos dos anos 80, não impede que setores ligados ao Governo e a atividade financeira se expandam. O Setor Saúde experimenta um crescimento médio de 9,79% no período entre 1980 e 1982, com forte influência das variações anuais do setor público, que atingiram 14,90% (GIRARDI, 1988). Este aumento do emprego no Setor Saúde confirma o caráter específico deste crescimento no período 1976/1984, com maciça participação, no setor, de duas categorias polares, o médico e o atendente, nas equipes de saúde, o que contribuiu decisivamente no perfil da composição dessa força de trabalho, nas duas últimas décadas.

O crescimento do emprego no setor teve ainda como um de seus determinantes a ampliação da capacidade instalada de prestação de serviços de saúde a nível ambulatorial e hospitalar, tanto no setor público quanto no setor privado (TAB. XV e XVI).

TABELA XV - Evolução da capacidade instalada de estabelecimentos, leitos e consultórios entre os segmentos do setor público. Brasil 1978/1982.

Segmentos do Setor Público	1970			1980			1982		
	Fed	Est	Mun	Fed	Est	Mun	Fed	Est	Mun
Capacidade Instalada									
Número de Estabelecimentos	1271	4410	2150	1575	5768	2702	4463	9533	4367
Número de leitos	27500	83049	11464	29588	78185	12502	31045	78588	14627
Número de Consultórios	11219	13972	5340	13681	15108	6466	22392	24546	10121

FONTE: PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIO 1978-1982, 1982

Comparando os dados apresentados nas tabelas XV e XVI, verifica-se que o andamento tanto de estabelecimentos quanto de leitos e consultórios, ocorreu por conta do setor privado. Este fato é coerente com as políticas de saúde adotadas no período onde foi privilegiado o modelo médico-assistencial baseado no financiamento do setor privado pelo setor público, através de investimentos e compra de serviços.

TABELA XVI - Evolução da capacidade instalada de estabelecimentos leitos e consultório entre os segmentos do setor privado. Brasil 1978/1984.

Segmentos do Setor Privado	1978		1980		1982		1984	
	Lucr	nLucr	Lucr	nLucr	Lucr	nLucr	Lucr	nLucr
Capacidade Instalada								
Estabelecimen <u>to</u>	3829	3677	4371	4073	5688	2826	5996	2971
Leito	166400	174366	187545	187813	208005	171375	211802	173258
Consultórios	15330	14198	18458	16186	24537	13675	27821	14621

FONTE: PESQUISA ASSISTÊNCIA MÉDICO SANITÁRIO - 1978 - 1982, 1982

Quando observada a distribuição dos empregos no período de 1978/1984, confirma-se que a ampliação da capacidade instalada de serviços de saúde foi fator determinante no crescimento do número de empregos no setor.

Os dados apresentados na Tab. XVII demonstram o crescimento do número de empregos no setor privado; no período, apresentou-se um predomínio das categorias de nível superior e nível elementar, em especial da categoria de médico e de atendente, confirmando assim o que já foi referido anteriormente como sendo a polarização do setor.

A evolução do emprego de saúde, na TAB. XVIII, demonstra o comportamento das categorias de enfermagem (enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem, parteira e visitador sanitário) no processo de crescimento de emprego do Setor Saúde. Constatou-se que em 1984 as categorias de enfermagem somavam 326.678 empregos no Setor Saúde, representando 52% dessa força de trabalho. Quando se analisa o número de empregos de cada uma das categorias da enfermagem, em 1984, verifica-se que, entre todos, o emprego de enfermeiro representava 6,7%, o do técnico de enfermagem, 2,9% o do auxiliar, 31,1% o do atendente, 57,4% e o visitador sanitário, 1,6%. Estes dados demonstram que, apesar da taxa negativa no emprego de atendentes no período 1976/1980, esta categoria é ainda a mais significativa na força de trabalho no setor, representando 29,8% dos empregos no Setor Saúde. O enfermeiro, no conjunto de emprego do Setor Saúde, representa apenas 3,5%

TABELA XVII - Distribuição percentual dos empregos de profissionais de saúde por natureza e regime de internação, segundo o tipo de profissionais. Brasil 1978/1981.

Característica das Instituições	COM INTERNAÇÃO			SEM INTERNAÇÃO			Total
	Público	Privado lucrativo	Privado não lucrativo	Público	Privado lucrativo	Privado não lucrativo	
1978							
TOTAL.....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
. Nível Superior	32,9	31,8	26,0	42,7	61,5	61,5	34,6
. Nível Médio	25,8	16,1	16,9	14,5	16,6	12,3	18,4
. Nível Elementar	41,3	52,1	57,1	42,8	21,9	26,2	47,1
1982							
TOTAL.....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
. Nível Superior	25,7	25,7	20,5	36,3	53,0	53,0	28,8
. Nível Médio	28,5	23,9	24,7	23,0	21,2	21,2	25,0
. Nível Elementar	44,6	62,2	54,8	40,7	25,7	25,7	46,3
1984							
TOTAL.....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
. Nível Superior	26,6	27,2	21,9	36,4	52,8	51,3	29,8
. Nível Médio	31,5	25,6	26,3	25,0	26,0	25,3	27,9
. Nível Elementar	41,9	47,0	51,8	38,5	20,2	23,4	43,9

FONTE: IBGE, PESQUISA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA, 1978-1982, 1982

TABELA XVIII - Evolução do emprego em saúde em todos os estabelecimentos prestadores de serviços. Brasil 1976/1984.

Categoria	1976	1978	1980	1982	1984
Médico	105.684	127.305	146.091	175.562	194.152
Odontólogo	11.732	14.082	16.696	22.895	25.078
Enfermeiro	12.251	13.104	15.158	18.383	21.766
Farmacêutico	3.355	3.909	4.630	5.242	5.621
Nutricionista	1.630	1.735	1.930	2.344	2.895
Assist.Social	3.309	3.861	4.385	5.856	6.649
Psicólogo	726	1.075	1.554	2.496	3.671
Sanitarista	207	323	506	791	1.061
Téc.Laboratório	9.199	7.509	9.458	16.273	15.997
Téc.Raio X	7.600	6.741	8.266	10.932	11.507
Téc.Enfermagem	3.831	5.869	7.203	8.989	9.534
Aux.Enfermagem	44.204	53.583	64.227	87.420	100.034
Téc.Saneamento	504	683	599	634	669
Aux.Saneamento	1.259	1.535	1.811	2.575	2.536
Atendente	124.079	158.241	176.891	190.666	184.723
Parteira	4.372	4.938	5.074	5.398	5.311
Visitador Sanit.	3.284	3.758	4.152	5.083	5.309
Ag.Saúde Pública	9.276	10.116	13.474	19.542	21.538
Total	346.502	418.367	482.105	581.081	618.050

FONTE: AMS/IBGE/NESCON - UFMG/ENSP - FIOCRUZ/OPS, 1986.

Na análise da TAB. XIX, observam-se taxas de crescimento negativo do emprego em saúde de 8,61 e de 6,41 para o quadriênios de 1976/80 e 1980/1984, respectivamente. O número absoluto de 618.050 empregos em saúde, em todos os estabelecimentos de prestação de serviços de saúde no País, em 1984, representa uma taxa de crescimento médio de 7,50% ao ano. Mantidas as taxas de crescimento observadas no período 1976/1984, estima-se que entre 1984 e 1985 foram gerados entre 64 e 86 mil novos empregos no setor, representando em termos médios 4 a 5% do crescimento total do PEA do Brasil, estimada, no período, em 1,7 milhões de trabalhadores.

O comportamento das diversas categorias de enfermagem, tomadas cada uma isoladamente, em comparação com a categoria dos médicos, foi bastante variável: os médicos e os auxiliares de enfermagem como os profissionais que apresentaram crescimento mais significativo na composição da força de trabalho em saúde. A análise dos dados indicados demonstra também que os empregos de auxiliares de enfermagem tiveram maior crescimento entre 1980 e 1984.

A taxa de incremento de empregos indica que o crescimento não ocorreu de forma homogênea, expressando um comportamento variável entre as distintas categorias. Assim, verifica-se que no período 1976/1984 ocorreu crescimento do emprego de auxiliares de enfermagem, sendo mais expressivo no quadriênio 76/84 e 80/84, apontando crescimento de 9,79% e 11,71%, respectiva-

TABELA XIX - Taxas geométricas de crescimento anual de empregos por período em todos estabelecimentos de saúde. Brasil 1976/1984

Categoria	76-78	78-80	80-82	82-84	76-80	80-84	76-84
Médico	9,75	7,12	9,62	5,16	8,43	7,37	7,90
Odontólogo	9,56	8,89	17,10	4,66	9,22	10,71	9,96
Enfermeiro	3,42	7,55	10,13	8,81	5,47	9,47	7,45
Farmacêutico	7,94	8,83	6,40	3,55	8,39	4,97	6,66
Nutricionista	3,17	5,47	10,20	11,13	4,31	10,67	7,44
Assist. Social	8,02	6,57	15,56	6,56	7,29	10,97	9,11
Psicólogo	21,68	20,23	26,74	21,27	20,96	23,97	22,46
Sanitarista	24,92	25,16	25,03	15,76	25,04	20,31	22,65
Téc. Laborat.	-9,65	12,23	31,17	-0,85	0,70	14,04	7,16
Téc. Raio X	-5,82	10,74	15,00	2,60	2,12	8,62	5,32
Téc. Enfermagem	23,77	10,78	11,71	2,99	17,10	7,26	12,07
Aux. Enfermag.	10,10	9,48	16,67	6,97	9,79	11,71	10,75
Téc. Saneam.	16,41	-6,35	2,88	2,72	4,41	2,80	3,60
Aux. Saneam.	10,42	8,62	19,24	-0,76	9,51	8,78	9,15
Atendente	12,93	5,73	3,82	-1,57	9,27	1,09	5,10
Parteira	6,28	1,37	3,14	-0,81	3,79	1,15	2,46
Visit. Sanit.	6,97	5,11	10,64	2,20	6,04	6,34	6,19
Ag. S. Públ.	4,43	15,41	20,43	4,98	9,78	12,44	11,10
Total	9,88	7,35	9,79	3,13	8,61	6,41	7,50

FONTE: AMS/IBGE - UFMG/NESCON/ENSP - FIOCRUZ/OPS.

mente. A taxa de emprego de atendente foi o único a apresentar crescimento negativo, o que contribuiu para a redução das taxas de crescimento total de empregos no período 1980/1984.

Os dados apresentados são importantes não só para uma reflexão sobre a composição da equipe de enfermagem, como também para a análise das repercussões desta composição na produção de serviços no Setor Saúde.

TABELA XX - Participação das categorias de enfermagem na composição da força de trabalho em enfermagem. Brasil 1976/1984.

Categorias	1976		1978		1980		1982		1984	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiro	12.251	6,7	13.104	5,7	15.158	5,8	17.841	6,2	21.766	6,9
Téc.Enfer- magem	3.831	2,1	5.869	2,5	7.203	2,8	8.665	3,0	9.534	3,0
Aux.Enfer- magem	44.204	23,9	53.583	23,2	64.227	24,3	83.749	29,2	100.034	31,7
Atendente	124.079	67,3	158.241	68,6	176.891	67,0	176.235	61,6	184.723	58,4
Total.....	184.365	100	230.797	100	263.479	100	286.490	100	316.057	100

FONTE: AMS-IBGE. "PESQUISA DINÂMICA DO EMPREGO EM SAÚDE NO BRASIL"- ENSP/UFMG/OPAS, 1986.

A análise na composição da força de trabalho em enfermagem, no período 1976/1984, na TAB. XX, demonstra um crescimento díspare das suas várias categorias, e que não teve crescimento significativo, com uma taxa de participação média de 6,26%.

A composição da força de trabalho, conforme a TAB. XX, foi analisada por CHRISTÓFARO (1987), que constatou a seguinte relação interna, no período de 1976/1984.

A - Enfermeiros/outros (técnicos de enfermagem / auxiliar de enfermagem e atendente:

- . 1976 - 1 enfermeiro para 15,0 dos demais integrantes da categoria;
- . 1978 - 1 enfermeiro para 16,6 dos demais integrantes da categoria;
- . 1980 - 1 enfermeiro para 16,3 dos demais integrantes;
- . 1982 - 1 enfermeiro para 15,0 dos demais integrantes da categoria;
- . 1984 - 1 enfermeiro para 13,5 dos demais integrantes da categoria;

B - Enfermeiro/técnico enfermagem e auxiliar de enfermagem

- . 1976 - 1 enfermeiro/3,9 técnicos e auxiliares de enfermagem
- . 1978 - 1 enfermeiro/4,5 técnicos e auxiliares de enfermagem
- . 1980 - 1 enfermeiro/4,7 técnicos e auxiliares de enfermagem
- . 1982 - 1 enfermeiro/5,1 técnicos e auxiliares de enfermagem
- . 1984 - 1 enfermeiro/5,0 técnicos e auxiliares de enfermagem

C - Enfermeiro/atendentes

- . 1976 - 1 enfermeiro/10,1 atendentes
- . 1978 - 1 enfermeiro/12,0 atendentes
- . 1980 - 1 enfermeiro/11,6 atendentes
- . 1982 - 1 enfermeiro/9,8 atendentes
- . 1984 - 1 enfermeiro/8,4 atendentes

Comparando os dados do período 1976/84 com aqueles encontrados no estudo da ABEn em 1956/58, constata-se que a relação enfermeiro e as demais categorias de trabalhadores de enfermagem não sofreu alteração. Naquele período, a relação foi de 1 (um) enfermeiro para mais de 7 (sete) atendentes. Acredita-se que os determinantes desta situação não podem ser apenas a formação de

técnicos de enfermagem intensificação do preparo de auxiliares, como foi posto por ocasião do estudo realizado pelo COFEN/ABEn. (CHRISTOFARO, 1987). O aspecto mais significativo é o movimento do emprego de atendente, que assinalou um decréscimo no período, passando de 67,3% em 1976 para 58,4% em 1984. Este decréscimo foi acompanhado pelo aumento de participação do auxiliar de enfermagem, que passou de 23,9% em 1976 para 31,7% em 1984. Estes dados poderiam estar indicando uma substituição da força de trabalho do atendente pelo auxiliar de enfermagem, decorrente da qualificação do atendente, entendida como aquela realizada pelo sistema formal de ensino através de programa regular ou supletivo. Para CHRISTOFARO (1987) "a diminuição do número de atendente coincide com o aumento de auxiliares de enfermagem podendo indicar uma substituição de um pelo outro no mercado de trabalho. Tal substituição seria resultante ou da qualificação formal de atendentes ou da pequena diferença existente entre os salários dessas duas categorias, o que para o setor privado, em particular, é um determinante fundamental. Em primeiro lugar, porque absorve um profissional qualificado sem aumentos relevantes nas suas despesas e, em segundo lugar, porque um profissional com qualificação formal vale mais crédito na sua negociação de contratos com o sistema previdenciário".

O movimento do emprego de atendente no período de 1980/1982 já apresentava uma taxa média anual de crescimento muito inferior à media do total de empregos do setor (3,82% con

tra 9,79%), até apresentar, em 1982 e 1984, uma variação negativa (-1,57% ao ano). GIRARDI (1988), revela estes dados, baseando-se no fato dos atendentes representarem 29,8% da força de trabalho ocupada no setor, o que justificaria a diminuição do seu crescimento no movimento da força de trabalho no Setor Saúde. Para a força de trabalho em enfermagem, a análise destes dados permite concluir que a maior movimentação do emprego de enfermagem, no período estudado, ocorreu por conta da diminuição do número de atendentes e aumento do de auxiliares, mantendo estável a participação do enfermeiro e do técnico de enfermagem, o que pode ser confirmado na TAB. XXI.

TABELA XXI - Taxa de crescimento geométrico anual de médico, auxiliar de enfermagem e atendente por período, em todos os estabelecimentos de saúde no Brasil-1976/1984

Período	76-78	78-80	80-82	82-84	76-80	80-84	76-84
Médico	9,75	7,12	9,62	5,16	8,43	7,37	7,90
Aux. Enfermagem	10,10	9,48	16,67	6,97	9,79	11,71	10,75
Atendente	12,93	5,73	3,82	-1,57	9,27	1,09	5,10
Total	9,88	7,35	9,79	3,13	8,61	6,41	7,50

FONTE: IBGE/AMS/NESCON/OPS, 1986

Para NOGUEIRA (1986), a contribuição da diminuição do emprego de atendente para o decréscimo do emprego no setor pode ser demonstrado, retirando-se o efetivo do emprego de atendente dos totais a serem considerados.

Para explicar, apresentam-se na TAB XXII os dados da evolução dos empregos no Setor Saúde, comparando-se os empregos na área. O primeiro exclui os empregos de atendentes e o segundo os inclui, o que confirma a importância do último na composição da força de trabalho em saúde em todos os períodos, apesar do seu crescimento negativo nos últimos períodos.

TABELAS XXII - Evolução comparativa dos empregos de saúde em todos os estabelecimentos de saúde com inclusão e exclusão dos atendentes. Brasil 1976/1984.

ANO INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE ATENDENTES	ANO				
	1976	1980	1976/1980	1984	1980/1984
Excluindo emprego dos atendentes	222.243	305.214	8,2	433.327	9,16
Incluindo emprego dos atendentes	346.502	482.105	8,61	618.050	6,41

FONTE: AMS-IBGE-UFMG/NESCON, 1986

A explicação para o crescimento do emprego do auxiliar de enfermagem e a diminuição do emprego do atendente não pode ser feita apenas a partir da movimentação dos profissionais de enfermagem em seu conjunto, mas deve ter como referência a totalidade dos empregos no Setor Saúde. Este fenômeno precisa ser considerado como parte de uma tendência mais geral, que atingiu diversos ramos da atividade econômica no País, no início dos anos 80, tendo influenciado sobretudo a área da saúde.

Para ZOCKUM (1985), a tendência ao maior crescimento do emprego nas maiores faixas de remuneração e qualificação sugere que os setores que sofreram redução da atividade iniciam o ajuste dispensando pessoal de menor qualificação e salário, mas continuam expandindo o emprego de pessoal mais qualificado, enquanto há expectativa de normalização do ritmo da atividade, a médio prazo. Todavia esta movimentação do emprego em saúde de terminada pelo crescimento negativo do atendente infelizmente não repercutiu a nível da composição tecnológica das equipes de saúde. Se forem considerados os princípios finalísticos da reforma sanitária frente à necessidade de qualificar a assistência prestada à população, verifica-se que a força de trabalho do atendente ainda é significativa, representando quase 1/3 da totalidade de força de trabalho empregada no setor. Este dado requer que se reconheça uma situação bastante crítica, no que se refere à qualificação do atendente. Segundo dados do Censo

Demográfico de 1980, do total de profissionais de enfermagem empregados no setor, 50,4% não possuíam o 1º grau completo, apenas 23,8% haviam concluído o 1º grau e somente 0,7% concluíram o curso de graduação de enfermagem. Este fato indica, também, a baixa qualificação dos trabalhadores de enfermagem.

Além do incremento do emprego, um aspecto relevante a ser analisado refere-se à distribuição dos profissionais de saúde no País. Segundo CHRISTOFARO (1987), para analisar a concentração geográfico-institucional da força de trabalho em saúde e da força de trabalho em enfermagem, em particular, torna-se necessário contextualizá-la na dinâmica do mercado de trabalho, em geral. Percebe-se nitidamente, pelos estudos já realizados, a concentração dos profissionais nas áreas urbanas e instituições hospitalares. Para a Autora, outro fator de relevância para o entendimento da concentração geográfica institucional da Força de Trabalho em Saúde refere-se à disponibilidade e acessibilidade da maioria dos serviços de saúde, no Brasil, contemplarem os assalariados, os trabalhadores que contribuem com a Previdência Social e o segmento da população que tem o poder de comprar serviços de saúde. Assim é que a concentração "natural" de profissionais e de estabelecimentos de saúde se dá nas regiões do Sul e Sudeste, onde também estão concentrados os segmentos da população que se enquadram em pelo menos uma destas características.

TABELA XXIII - Distribuição de alguns profissionais de saúde por 1000 habitantes por região geo-política. Brasil-1985.

Relação Profissional por habitante	Médico	Odontólogo	Enfermeira	Pessoal de Enfermagem
Região				
Norte	0,66	0,23	0,13	0,73
Nordeste	0,45	0,28	0,13	0,51
Sudeste	1,75	0,79	0,23	1,55
Sul	1,13	0,58	0,14	1,07
Centro-Oeste	1,24	0,47	0,18	1,05
Brasil	1,25	0,56	0,18	1,10

FONTE: MINISTÉRIO DE SAÚDE-SECRETARIA GERAL - 1985

Os dados apresentados na TAB. XXIII demonstram a relação dos profissionais por 1000 habitantes, por região, demonstrando um "deficit", se considerados os parâmetros estabelecidos por instituições nacionais e internacionais. Mesmo reconhecendo que os parâmetros foram construídos em bases quantitativas, sua utilização pode ser, neste momento, para demonstrar a precariedade da distribuição dos recursos tecnológicos disponíveis.

Como se mencionou anteriormente, a dinâmica do mercado de trabalho em saúde tem sido determinada, nas últimas décadas deste século, pela crescente demanda direta ou indiretamente induzida pelo setor público. As políticas de extensão de cobertura tiveram seu apogeu no final da década de 60 e início da década de 70, como uma das estratégias de contenção social nos países da América Latina e como proposta às políticas de extensão de fronteiras agrícolas e mecanização do campo. No Brasil a implementação das políticas de extensão de cobertura do sistema de saúde e, mais recentemente, a consolidação da Reforma Sanitária propondo a universalidade e equidade e a regionalização dos serviços, determinaram uma ampliação das políticas sociais. Em consequência, o Estado vem assumindo o papel de extensor desses serviços, criando demanda efetiva para o setor privado, a partir de subsídios, isenções tributárias ou contratos e convênios com empresas, grupos médicos, indústrias farmacêuticas e de equipamentos. Todos esses mecanismos contribuem para o crescimento do emprego de profissionais de saúde fora do âmbito estatal. Ao mesmo tempo, o caráter privatizante dos gastos públicos combina com as estratégias de contratação direta pelo setor público, refletida no aumento das redes de serviços estatais de saúde (NOGUEIRA et alii, s.d.).

Pelos dados da TAB XXIV, verifica-se que o setor privado tem hegemonia dos serviços de saúde com internação em percentuais de 81,2% dos serviços em 1978 e 78,6% em 1982. Em contrapartida, os serviços de saúde a nível ambulatorial ou sem internação, incluindo Centros de Saúde, Postos de Assistência Médica e Postos de Saúde, concentram-se na rede pública, representando em 1978 70,2% e em 1982 79,8%.

Coerente com estes dados, observa-se que o setor privado tem a maior parcela de emprego nos serviços de saúde com internação, que apresentaram um decréscimo no período de 1982/1984, como pode ser verificado nos dados apresentados na TAB. XXV.

TABELA XXIV - Distribuição dos estabelecimentos de saúde segundo a natureza da entidade mantenedora. Brasil-1978/1982.

Anos de Referência	Natureza da entidade mantenedora					
	TOTAL		PÚBLICA		PRIVADA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total						
1978	15.345	100,0	7.839	51,1	7.506	48,9
1980	18.489	100,0	10.045	54,3	8.444	45,7
1982	24.017	100,0	15.290	63,7	8.727	36,3
Com Internação						
1978	5.708	100,0	1.072	18,8	4.636	81,2
1980	6.103	100,0	1.217	19,9	4.886	80,1
1982	6.650	100,0	1.423	21,4	5.227	78,6
Sem Internação						
1978	9.637	100,0	6.767	70,2	2.870	29,8
1980	12.386	100,0	8.828	71,3	3.558	28,7
1982	17.367	100,0	13.867	79,8	3.500	20,2

FONTE: IBGE, PESQUISA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA, 1978/1982.

TABELA XXV - Distribuição dos estabelecimentos de saúde segundo a natureza da entidade mantenedora. Brasil -1982/1984.

Anos de Referência	Natureza da entidade mantenedora					
	Total		Pública		Privada	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total						
1982	854.344	100,0	418.174	48,9	436.170	51,1
1984	931.949	100,0	487.660	52,3	444.289	47,7
Com Internação						
1982	614.563	100,0	230.216	37,5	384.347	62,5
1984	648.033	100,0	265.545	41,0	382.488	59,0
Sem Internação						
1982	239.781	100,0	187.958	78,4	51.823	21,6
1984	283.916	100,0	222.115	78,2	61.801	21,8

FONTE: IBGE, PESQUISA DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA, 1978/1984.

Comparando os dados dos anos de 1982 e 1984, verifica-se que o setor privado perdeu a hegemonia na totalidade de emprego em saúde, passando de 51,1% em 1982 para 47,7% em 1984, incluindo-se nestes os empregos dos serviços com internação, até então preponderantes no setor privado. Ao considerar estes dados, MEDICI (1986), observa que a tendência à privatização verificada nos anos 70 e marcada pela concentração de profissionais de saúde nos estabelecimentos privados, esteja sendo revertida na década de 80. Para o Autor, a afirmação de que a dinâmica do emprego e dos investimentos no setor público é que determina o nível de ocupação e as condições de trabalho nas entidades, deve levar em consideração que:

- A) A maior fatia do emprego nos estabelecimentos de caráter ambulatorial (cerca de 78% em 1984) está alocada nos governos estaduais e municipais e, até mesmo, na administração federal. Cerca de 41% dos ocupados em estabelecimentos hospitalares com internação também se encontram no setor público. Assim, o setor público detinha 52% dos empregos em saúde no ano de 1984;
- B) Apesar de aglutinar 48% dos postos de trabalho envolvido nessa atividade social, o setor privado tem sido financiado, tanto em seu investimento como em seu custeio, pelo gasto público. A am

pliação da rede privada lucrativa de serviços de saúde foi financiada por fundos de investimentos públicos, como o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social-FAS, ao longo dos anos 70. O custeio dessa mesma rede tem sido mantido em parte pelos contratos, convênios e credenciamentos do INAMPS. Outra parte tem seu suporte nas inserções de arrecadação de imposto de renda da pessoa física e jurídica com gastos privados em saúde. Portanto, são as decisões tomadas no setor público que determinam, em última instância, a dinâmica do em prego nesse setor.

Os dados apresentados na TAB. XXVI confirmam a tendência de diminuição de postos de emprego nos serviços de saúde do setor privado.

Enquanto em 1978 o setor privado contava com 21,61% dos postos de emprego dos serviços de saúde com internação, em 1984 este número sofreu decréscimo para 18,56%, acompanhado do aumento dos postos oferecidos pelos serviços com internação estaduais, que passaram de 11,82% em 1971 para 13,02% em 1984. Pa ra GIRARDI (1988), o declínio das taxas de absorção de mão-de obra do segmento hospitalar do ramo lucrativo do setor privado no período 82/84 sugere um ajustamento frente às novas formas de relacionamento com a Previdência Social, que se traduzem pelo desaquecimento no reajuste dos preços dos serviços, pela implantação do novo sistema de contas hospitalares e pela tentati va do controle das fraudes.

TABELA XXVI - Evolução da demanda por postos de trabalhos em saúde segundo a natureza e regime do estabelecimento. Brasil-1978/1984.

Ano	1978		1980		1982		1984	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fed c/int	40.948	9,79	48.105	9,98	57.342	9,87	66.216	10,71
Fed s/int	40.067	9,58	48.559	10,07	66.429	11,43	68.673	11,11
Est c/int	49.465	11,82	53.750	11,15	70.715	12,17	80.465	13,02
Est s/int	32.603	7,79	39.723	8,24	57.883	9,96	66.353	10,74
Mun c/int	16.863	4,03	17.985	3,73	21.968	3,78	23.240	3,76
Mun s/int	15.742	3,76	18.917	3,92	25.459	4,38	30.225	4,89
Lucr c/int	90.409	21,61	103.547	21,48	116.813	20,10	114.680	18,56
Lucr s/int	13.414	3,21	16.625	3,45	28.086	4,83	28.694	4,64
Não lucr c/int	106.657	25,49	120.060	24,90	125.060	21,52	127.165	20,58
Não lucr s/int	12.199	2,92	14.834	3,00	11.376	1,96	12.339	2,00
Total	418.367	100,0	482.105	100,0	581.081	100,0	618.050	100,0

FONTE: AMS/IBGE E ESNP/NESCON, 1986

Quanto ao emprego nos serviços de saúde sem internação, observa-se um aumento de postos de trabalho tanto nos serviços municipais quanto nos das instituições federais e estaduais.

Observa-se na TAB. XXVII as taxas geométricas anuais no período de 1978 a 1984, verifica-se que o maior incremento de emprego ocorreu por conta dos serviços privados sem internação. O período de 1980/1982 foi o responsável pelo decréscimo do emprego no setor privado com internação, quando se verificou um crescimento negativo.

Quanto à participação do setor público na oferta de empregos, apresentada na TAB. XXVII, verifica-se que sua maior contribuição ocorreu no período 1980/1982, nos estabelecimentos federais e estaduais sem internação, com taxas de crescimento de 16,96% e 20,71 respectivamente. Mesmo com todo este movimento do emprego em saúde verificado no período de 1976/1984, pode-se afirmar que o setor público é o definidor direto ou indireto das tendências do mercado no setor. Tomando como exemplo o ano de 1984, constata-se que, "55% dos empregos de saúde existentes no país eram diretamente vinculados ao setor público. Poder-se-iam somar a estes aqueles empregos lotados no setor privado contratado pela Previdência Social (77,6% dos empregos pri

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.

Ano					
	78-80	80-82	82-84	80-84	78-84
Tipo de Estabelecimento					
Fed c/int	8,39	9,18	7,46	8,32	8,36
Fed s/int	10,09	16,96	1,67	9,05	9,42
Est c/int	4,24	14,70	6,67	10,61	8,46
Est s/int	10,38	20,71	7,07	13,69	12,60
Mun c/int	3,27	10,52	2,85	6,62	5,50
Mun s/int	9,62	16,01	8,96	12,43	11,51
Lucr c/int	7,02	6,21	0,92	2,59	4,05
Lucr s/int	11,33	29,98	1,08	14,62	13,54
Não lucr c/int	6,10	2,06	0,84	1,45	2,98
Não lucr s/int	10,27	12,43	4,15	4,50	0,19
Total	7,35	9,79	3,13	6,41	6,73

FONTE: AMS/IBGE/CNSP/UFGM/NESCON, 1986.

vados). Temos então que, em 1984, 90% dos empregos de saúde seriam mantidos direta ou indiretamente através do gasto público, ou seja, um total de 554.608 dos 618.050 empregos de profissionais de saúde então existentes. Isto sem contar que, além de financiar as despesas de custeio da iniciativa privada, o setor público também tem, historicamente, financiado seu investimento, da mesma forma como vem subsidiando o gasto privado na área, através de toda sorte de isenções fiscais . (GIRARDI, 1988). Segundo o Autor, o aumento de empregos verificado no período 1976/1984 teve caráter específico para algumas categorias profissionais, o que pode ser analisado segundo a natureza e o regime do estabelecimento.

Os dados da TAB. XXVIII corroboram a análise que aponta a tendência da evolução do emprego em saúde no setor público de utilizar profissionais com maior nível de qualificação. Acompanhando os dados de 1976 a 1984, verifica-se também o aumento pouco expressivo do emprego de enfermeiro: 4,1 em 1976 para 4,4 em 1984.

TABELA XXVIII - Evolução do emprego em saúde em estabelecimentos públicos
Brasil-1976/1984.

Ano	76		78		80		82		84	
Categoria	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	49912	30,9	58560	29,9	67889	29,9	86080	28,7	97899	29,2
Odontólogo	8857	4,9	9377	4,8	10829	4,8	16338	5,5	18377	5,5
Enfermeiro	7161	4,4	8199	4,2	9409	4,1	12143	4,1	14701	4,1
Farmacêutico	1536	0,9	1767	0,9	2238	1,1	2836	0,9	3272	0,7
Nutricionista	924	0,6	947	0,5	1028	0,4	1301	0,4	1770	0,5
Assist. Social	2073	1,3	2516	1,3	2839	1,3	4122	1,4	4867	1,5
Psicólogo	280	0,2	388	0,2	617	0,3	981	0,3	1425	0,4
Sanitarista	182	0,1	292	0,1	468	0,2	723	0,2	978	0,3
Téc. Laboratório	4717	2,9	4455	2,3	5618	2,5	10847	3,6	10617	3,2
Téc. Raio X	3067	1,9	2895	1,5	3601	1,6	5055	1,7	5532	1,7
Téc. Enfermagem	764	0,5	1953	1,1	1637	0,7	2223	0,7	2372	0,7
Aux. Enfermagem	23252	14,5	29225	14,9	34374	15,1	46760	15,7	56539	16,0
Téc. Saneamento	404	0,3	581	0,3	512	0,2	604	0,2	629	0,2
Aux. Saneamento	993	0,6	1411	0,7	1660	0,7	2419	0,8	2422	0,7
Atendente	45558	28,2	58238	29,8	65625	28,9	31572	27,2	85517	25,5
Parteira	1001	0,7	1366	0,7	1387	0,6	1825	0,6	1915	0,6
Visitador Sanit.	3144	2,0	3484	1,7	3991	1,8	4765	1,6	4752	1,5
Ag. S. Públ.	8248	5,1	9984	5,1	13297	5,8	19152	6,4	21368	6,4
Total	161153	100	195688	100	227037	100	299746	100	335172	100

FONTE: AMS/IBGE E ENSP/UFMG-NESCON, 1986

Analisando os dados da evolução do emprego nos estabelecimentos privados no mesmo período, na TAB. XXIX, verifica-se a mesma tendência do crescimento da absorção de categorias mais qualificadas: auxiliar de enfermagem, de 11,3% em 1976 para 15,3% em 1984, médico, de 30,1% em 1976 para 34,0% em 1984. No entanto, não se observa crescimento do emprego de enfermeiro, que apresenta inclusive em decréscimo de 2,7% em 1976, para 2,5% em 1984. Comparando os dados das TAB XXVIII e XXIX, confirma-se a tendência já apontada, ou seja, é o setor público que mais contribui para o emprego de profissionais mais qualificados. Para MEDICI (1987), as tendências existentes apontam não só para uma maior qualificação das equipes, como para o aumento do peso do setor público nas equipes de enfermagem. Em 1980 o setor público respondia por 39% dos empregos de enfermagem e em 1984 tal participação ultrapassava os 51%.

Quando destacamos do quadro geral os profissionais de maior peso na composição da força de trabalho no setor, no período de 1976/1984, encontramos em ordem decrescente o médico, o atendente e o auxiliar de enfermagem, tanto no setor público quanto no setor privado. Comparando o emprego dos profissionais de enfermagem segundo a natureza das entidades, observa-se a mesma tendência quanto à oferta geral de emprego no mercado de trabalho de saúde, tanto do setor público quanto do pri

TABELA XXIX - Evolução do emprego em saúde em estabelecimentos privados.
Brasil-1976/1984.

Ano	76		78		80		82		84	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Médico	55772	30,0	68745	30,9	78202	30,6	89432	31,8	96253	34,0
Odontólogo	3875	2,0	4705	2,0	5867	2,3	6557	2,3	67017	2,3
Enfermeiro	5090	2,7	4905	2,2	5749	2,2	6240	2,2	7065	2,5
Farmacêutico	1819	0,9	2142	0,9	2392	0,9	2406	0,8	2349	0,8
Nutricionista	706	0,4	788	0,3	902	0,3	1043	0,4	1125	0,4
Assist. Social	1236	0,7	1345	0,6	1546	0,6	1734	0,6	1782	0,6
Psicólogo	446	0,2	687	0,3	937	0,4	1515	0,5	2246	0,8
Sanitarista	25	0,1	31	0,1	38	0,1	68	0,1	82	0,1
Téc. Laboratório	4482	2,4	3054	1,4	3840	1,5	5426	1,9	5380	1,9
Téc. Raio X	4533	2,4	3846	1,7	4665	1,8	5877	2,0	5975	2,1
Téc. Enfermagem	3067	1,6	3916	1,7	5566	2,2	6766	2,4	7142	2,5
Aux. Enfermagem	20952	11,3	24358	10,9	298339	11,7	406600	14,4	43475	15,3
Téc. Saneamento	100	0,1	102	0,1	87	0,1	30	0,1	40	0,1
Aux. Saneamento	266	0,1	124	0,1	151	0,1	156	0,1	114	0,1
Atendente	78521	42,4	99953	44,9	111266	43,6	109094	38,8	99206	35,1
Parteira	3291	0,8	3572	1,6	3687	1,4	3573	1,3	3396	1,2
Visitador Sanit.	140	0,1	274	0,1	160	0,1	318	0,1	357	0,1
Ag. S. Públ.	1028	0,6	132	0,1	177	0,1	390	0,1	170	0,1
Total	185349	100	222679	100	255066	100	281335	100	2828789	100

FONTE: AMS/IBGE E ENSP/UFMG/NESCON, 1986

vado: buscar maior qualificação da força de trabalho que absorve. Cabe ressaltar que a transformação da rede privada no sentido de obter maior qualificação das equipes de enfermagem foi mais radical do que a ocorrida na rede pública, apesar de este fato não estar associado a um forte quantitativo do volume de emprego" (MEDICI, 1987).

TABELA XXX - Distribuição dos empregos em enfermagem segundo a natureza da entidade mantenedora. Brasil-1980/1984.

Categorias	Ano de Referência							
	PÚBLICOS				PRIVADOS			
	1980		1984		1980		1984	
Enfermagem	8,99	%	9,19	%	3,63	%	4,51	%
Téc. Enfermagem	1,99	%	1,54	%	3,52	%	4,55	%
Aux. Enfermagem	32,65	%	35,35	%	18,87	%	27,77	%
Atendente	56,85	%	53,88	%	73,98	%	63,17	%
Total	195.330		160.795		158.149		155.262	
	(100%)		(100%)		(100%)		(100%)	

FONTE: AMS/IBGE E ENSP/UFMG/NESCON, 1986

Dados apresentados na TAB. XXX demonstram a distribuição dos empregos em enfermagem em 1980 e 1984. Verifica-se que, do total de trabalhadores de enfermagem empregados no setor, o atendente tem uma participação significativa, tanto no setor público quanto no setor privado, apresentando maior percentual neste último. O enfermeiro profissional com maior nível de preparação apresenta um maior percentual no setor público. Estudando este fato, MEDICI (1987) afirma que as tendências de crescimento do emprego em enfermagem nestes dois setores se revelam bastante diferenciadas. O Autor destaca que o emprego das categorias de enfermagem na rede pública teve um incremento bruto atingindo 53% do total de emprego enquanto que no setor privado apresentou um decréscimo bruto de 1,83% no período 1980 e 1984. Outro aspecto que merece destaque é o aumento do emprego de enfermeiros, tanto nas instituições públicas — 8,94% em 1980 para 9,19% em 1984 — quanto nas instituições privadas — 3,63% em 1980 para 4,51% em 1984.

A análise destes dados permite inferir que o emprego de enfermeiros tem contribuído para a qualificação da força de trabalho no Setor Saúde. Apesar de ser possível detectar estas modificações na composição do emprego em enfermagem, ainda predomina a força de trabalho com qualificação precária. Os esforços ³encetados para estabelecer uma ... "política de profissionalização do atendente" não tem produzido impacto na composição

interna da força de trabalho em enfermagem. Para MEDICI (1987), a enfermagem vem alcançando melhores posições na hierarquia ocupacional do Setor Saúde, o que não oculta os desafios que a profissão tem pela frente. Em sua análise, o autor aponta 3 (três) fatores que contribuíram para esta melhora relativa da posição da enfermagem nos serviços de saúde. Entre estes fatores, dois são de caráter mais geral e externos às profissões. O primeiro refere-se às mudanças de enfoque da questão dos recursos humanos, conferindo maior importância à interdisciplinaridade nas equipes de saúde e maior peso dos enfermeiros na condução dos estabelecimentos de saúde. O segundo está relacionado ao papel dos órgãos públicos na contratação direta, ou na pressão às instituições privadas para contratação de profissionais de enfermagem com maior qualificação. Por último, o Autor aborda um fator externo, ligado ao papel das corporações de enfermagem, tanto as que representam os profissionais de nível superior, quanto as representativas do pessoal de nível médio e elementar.

Quanto ao último aspecto, é importante destacar que a luta dos profissionais de enfermagem culminou com a criação de sindicatos de enfermeiros, que possibilitaram a constituição da Federação de Sindicatos, em 1988. Este movimento tem cumprido importante papel para a mobilização e encaminhamento das reivindicações da categoria. A aprovação da Lei nº 7480/86, do exercício de enfermagem, também pode ter significado um avanço, à

médida que demonstra as contradições internas da composição da equipe de enfermagem. Na verdade, a Lei de Exercício Profissional, ao definir atividades "privativas" para o enfermeiro, não levou em conta os determinantes histórico e sociais da composição da equipe de enfermagem, onde predomina o atendente.

Para SANTOS et alii (1988), o Setor Saúde defronta-se com a problemática da desqualificação do trabalho e requer respostas urgentes ao movimento da Reforma Sanitária, que aponta novos princípios essenciais para a reformulação do perfil dos serviços no sentido da qualificação do trabalho específico. Em consequência, é necessário viabilizar estratégias para qualificar o contingente de trabalhadores empregados sem capacitação para aqueles que, por força da demanda e condições de oferta, continuarão a ser incorporados na força de trabalho no setor, no futuro.

Neste sentido, entende-se que a qualificação da força de trabalho da enfermagem passa obrigatoriamente pela profissionalização do atendente, que deve configurar-se como prioridade na qualificação da totalidade da força de trabalho já empregada no setor, através do programa de profissionalização dos mais de 200.000 atendentes. Conjuntamente, devem-se estabelecer programas de educação contínua que contribuam para a recuperação técnica de todos os profissionais, com vistas a atender à nova composição tecnológica das equipes exigidas para consecução do princípio de universidade. Ao mesmo tempo, será necessário criar programas para formação de pessoal de nível médio, conforme a

seção 1 "da saúde" do capítulo II da "Seguridade Social", da nova Carta Constitucional. Para tanto, torna-se prioritária a definição de uma política de preparação de pessoal de saúde que busque adequar a oferta de profissionais, com vistas à concretização dos princípios finalísticos da Reforma Sanitária. Tomando estes princípios como básicos no redimensionamento da oferta da força de trabalho no Setor Saúde, torna-se necessária, para a realização do princípio de universidade, a otimização dos recursos humanos existentes e a implementação de diretrizes que garantam um plano de preparação dos mesmos. O princípio de equidade exige uma recomposição tecnológica das equipes bem como uma preparação dos profissionais que os torne capazes de assistir a todos os brasileiros com o mesmo grau de eficiência, eficácia e resolutividade. Deste princípio emerge o de regionalização e hierarquização, que representam um desafio, pois os profissionais se encontram concentrados em regiões geo-políticas economicamente mais desenvolvidos, e em instituições localizadas nos centros urbanos. Outro aspecto seria a otimização, através da distribuição, em todos nos níveis de assistência, com competência para assistir e conferir terminalidade a cada nível do sistema. Para tanto, torna-se evidente entender o princípio de integralidade dentro de uma concepção de globalidade e totalidade do homem em relação ao meio em que vive e trabalha. O princípio da integralidade requer uma redefinição do modelo de forma-

ção que está caracterizado pela fragmentação do conhecimento e especialização precoce. Ao analisar a preparação de pessoal de saúde, SANTOS et alii (1988) informam que "a integralidade e a resolutividade na atenção à saúde preconizada pelo movimento da reforma sanitária somente poderão ser alcançados pelos serviços de saúde com a coletivização do trabalho de múltiplas categorias profissionais cuja integração funcional em equipes transcendam o âmbito das unidades de saúde, abrangendo toda rede. Os trabalhadores de saúde, em decorrência dos princípios da reforma sanitária, devem cada vez mais repartir entre si e interrelacionar as atividades pertinentes a cada nível assistencial e administrativo, em todo o sistema, de modo que o sentido coletivo imprima unidade às ações efetivadas pelo conjunto da rede de serviços".

Ao analisar o emprego em saúde na conjuntura recente, MEDICI (1986) confirma esta proposta, apontando para a necessidade de uma ampla reforma sanitária que assegure estratégias de regionalização, hierarquização e controle social, exigindo portanto um novo desenho da política de recursos humanos. O Autor assinala que o passado ensinou que a ^Asubmissão das políticas de saúde, e em particular de formação, desenvolvimento e distribuição da força de trabalho, aos sistemas de custeio, pagamento e lucratividade, foram os principais ingredientes responsáveis pela descoordenação, inadequação, multiplicidade de

esforços não distribuição da força de trabalho no Setor Saúde as transformações devem-se dar tanto a nível quantitativo quanto qualitativo.

Ao analisar os dados de egressos do curso superior e emprego, verifica-se uma distorção entre oferta e demanda, confirmando-se assim as distorções já citadas.

TABELA XXXI - Evolução dos concluintes de cursos superiores da área da saúde. Brasil-1976 - 1985.

Ano Profis- sional	Médico	Odontô- logo	Enfer- meiro	Farma- cêutico	Psisólogo	Serviço Social
1976	8210	3702	2075	1778	5348	2595
1977	8288	4223	2126	2148	7118	2779
1978	8722	4431	2192	1947	9091	3500
1979	8316	4901	2561	2507	10056	4423
1980	8318	5317	3139	2536	10050	4820
1981	8048	4926	3687	2453	10200	5039
1982	7871	4910	4394	2584	13736	5173
1983	7289	5095	4934	2547	12378	4304
1984	7443	5262	4823	2343	10198	4149
1985	7536	5313	4603	2341	9673	3776

FONTE: IBGE, MEC, SES, UFMG/NESCON, 1986

Os dados apresentados na TAB. XXXI demonstram que no período 1978/1983 ocorreu uma redução no número de formados em medicina e um incremento na da formação dos demais profissionais: odontólogo, enfermeiro, psicólogo, assistente social. A partir de 1984 verifica-se o incremento do número de egressos da medicina e a diminuição ou estagnação dos demais profissionais.

MEDICI (1986), analisando o incremento do emprego no Setor Saúde, aponta que "os profissionais de nível superior sofreram, no bojo de sua ampliação, os efeitos da reforma universitária, que no intuito de ceder às pressões por mais vagas, aumentaram largamente os patamares de formação de quadros de terceiro grau, propiciando ao sistema de saúde absorver com folga os novos profissionais que ingressavam, a cada ano, no mercado de trabalho. A ampliação dos profissionais de nível médio e elementar cumpriu, em parte, a lógica de ampliação do quinhão de trabalhadores relativamente desqualificados".

Confrontando os dados de evolução de egressos dos cursos de medicina e de enfermagem com os de empregos criados para médicos e enfermeiros no Brasil, apresentados na Tabela XXXII, verifica-se que a redução do egressos de medicina entre 1978/1983 indicam uma perda bruta de 16,4% por ano, enquanto os egressos de enfermagem apresentam um incremento bruto de 125,1% por ano no mesmo período. Contraditoriamente, a geração de emprego ocorreu no sentido inverso.

TABELA XXXII - Evolução dos egressos dos cursos e dos empregos criados em medicina e enfermagem. Brasil- 1977/1983

Anos	Médicos		Enfermeiros	
	Egressos Formados	Empregos Criados	Egressos Formados	Empregos Criados
1977	8.288	10.776	2.126	144
1978	8.722	10.827	2.192	996
1979	8.316	5.595	2.516	239
1980	8.318	13.209	3.139	1.816
1981	8.048	9.786	3.687	986
1982	7.871	15.772	4.394	1.903
1982	7.289	8.750	4.934	1.545
Total	56.852	74.815	23.033	7.629

FONTE: NOGUEIRA, R.P. "DINÂMICA DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE", ED.OPAS, SÉRIE MONOGRAFIAS GAP 1, 1986, SSP.

Os dados da TAB. XXXII demonstram que, para cada egresso de medicina, foram gerados 1,31 empregos no período de 1977 a 1983, enquanto que para os egressos de enfermagem essa relação foi de 0,33, no mesmo período, evidenciando-se a relação negativa entre oferta e demanda na dinâmica do mercado de trabalho para os enfermeiros

O aumento de egressos de enfermagem foi determinado pelo incremento dos cursos de enfermagem que, em 1956, eram 33, passando para 81 cursos, em 1983. A distribuição geográfica

ca das Escolas de Enfermagem, analogamente à distribuição de profissionais de saúde por região geográfica, tem nítida relação com o grau de desenvolvimento de cada uma das regiões brasileiras. Segundo dados do documento do Conselho Federal de Enfermagem (1985), a região Sudeste contava em 1983 com 36 escolas, representando 44% do total das Escolas de Enfermagem do País, seguida pela região Sul com 18 escolas, representando 22%; somando-se as duas regiões tem-se 66% do total de cursos superiores de enfermagem nas regiões Sul e Sudeste do País.

Ao estudar a oferta de enfermeiros no mercado, CHRISTÓFARO (1987) encontrou na Secretaria Executiva da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) o registro de 100 cursos de Enfermagem, distribuídos nos seguintes estados brasileiros: Acre, Alagoas, Amazonas, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso e Sergipe, com um (1) curso em cada um destes Estados; Distrito Federal, Pará, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, com 2 cursos; Paraíba, com 3 cursos; Goiás e Santa Catarina, com 4 cursos; Bahia e Ceará, com 5 cursos; Minas Gerais e Paraná, com 7 cursos; Rio Grande do Sul, com 11 cursos; Rio de Janeiro, com 13 cursos e São Paulo, com 24 cursos.

A análise dos egressos de cursos de nível médio fica prejudicada pela falta de registro a nível do Ministério de Educação de todos os cursos de auxiliar e técnico de enfermagem. Esta ausência poderia ser preenchida com a realização de

um levantamento nas Secretarias de Estado da Educação, o que de certo ultrapassaria os objetivos deste estudo, mas seguramente esta matéria deverá merecer pesquisas futuras.

TABELA XXXIII - Evolução dos concluintes de cursos de nível médio na área de de saúde. Brasil .982/1984

Tipo de Custo	1982	1983	1984
Téc.Saneamento	183	200	173
Aux.Sanitarista	56	51	168
Téc.Enfermagem	3.422	3.530	3.896
Téc.Laboratório	399	238	221
Téc.Patol.Clínica	5.343	4.591	4.002
Téc.em radiologia	29	22	48
Aux.Enfermagem	752	1.123	1.080
Aux.Patologia Clínica	19.192	16.821	14.506
Lab.Análise Clínica	770	392	315
Hab.Básica Saúde	9.365	8.087	6.709
Total	39.511	35.055	31.118

FONTE: SECRETARIA ENSINO MÉDIO - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 1985.

Os dados apresentados na TAB. XXXIII demonstram o incremento dos egressos de várias habilitações de nível médio relacionadas com o Setor Saúde, entre elas a do técnico e do auxiliar de enfermagem. Referindo-se o número de concluintes dos

curços de técnico de enfermagem e de auxiliares de enfermagem em 1983, 3.530 e 1.123, respectivamente, com o número de cursos de auxiliares de enfermagem e de técnicos de enfermagem no mesmo ano — 145 cursos de auxiliares de enfermagem e 155 cursos de técnicos de enfermagem, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem, constata-se uma média de 7,75 concluintes dos cursos de auxiliar de enfermagem de 30,69% técnicos de enfermagem por curso (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1985). Esta média é apenas um demonstrativo estático, uma vez que os dados e informações sobre os cursos de nível médio de enfermagem são quase inexistentes.

Quanto à oferta de pessoal sem preparação específica para o setor, NOGUEIRA (1986) afirma "que o rápido processo de urbanização jogou nas cidades um excedente de força de trabalho superior à capacidade de absorção dos chamados setores modernos. Apesar do forte crescimento do emprego industrial e das atividades modernas no setor terciário, muitas pessoas tiveram que se empregar em atividades de menor remuneração, como os postos de trabalho ofertados pelo Setor Saúde". Ao analisar estes dados, o Autor constata uma sub-demanda de empregos de enfermeiros, comprovada pela existência, em 1982, de 9,5 enfermeiras para cada emprego de enfermeiro. Além disso, esclarece que o "pa-pel do enfermeiro dentro da divisão técnica do trabalho em saú-de está assinalado institucionalmente por coordenar e supervisio-

nar as tarefas de profissionais de menor qualificação e, sendo assim, é relativamente disponível ou substituível pelo técnico de enfermagem ou mesmo pelo auxiliar de enfermagem". Este movimento pode ser explicado por 3 (três) fatores principais. O primeiro refere-se à oferta, no mercado, de profissionais a preços bem inferiores, não existindo estímulos reais para absorver profissionais de nível superior na lógica atual de compra e venda de serviços no setor público. Espera-se que as mudanças advindas da implementação da Reforma Sanitária gerem alteração nas relações entre quantidade e qualidade. Outro fator refere-se à tendência crescente de absorção de enfermeiros nas equipes de saúde. MEDICI (1987) aponta que em 1977 a relação empregos/egressos em enfermagem era de 0,07, atingindo em 1983 a cifra de 0,31, enquanto que a relação emprego/egressos médicos decresceu de 1,31 para 1,20 entre os dois anos, respectivamente. Por último, destaca-se o fato de ser a enfermagem uma profissão exercida preponderantemente por mulheres, o que implica características próprias da força de trabalho feminina. Ao analisar os motivos do desequilíbrio entre empregos/egressos de enfermagem, o citado Autor levanta a hipótese de que as enfermeiras podem estar deixando de procurar o mercado de trabalho por casarem ou por estarem envoltas com afazeres domésticos. Ao mesmo tempo o Autor explica que, embora "este fato possa ter sido determinante num passado não muito remoto, o quadro social de inserção de

de trabalho feminino, tanto no que diz respeito à aceitabilidade social, quanto do ponto de vista da consciência feminina, tem se alterado nos últimos anos". Corroborando esta análise, MACHADO (1986) afirma que a participação da força de trabalho feminina na esfera produtiva, nos últimos anos, é cada vez mais expressiva, tendo apresentado um crescimento positivo após a abolição da escravatura, alterando-se ao longo das décadas. Em estudo sobre a Força de Trabalho Feminina em Saúde no Brasil — 1970/1980 (MACHADO, 1986) demonstra que "em 1940 o contingente feminino era de 19% do total, em 1950, 14%, em 1960, 13%, em 1970, 20% e em 1980, o contingente feminino passou a representar 8,4%, ressaltando que a participação da força de trabalho se deu majoritariamente no setor terciário. No Setor Saúde o incremento da força de trabalho feminino está determinado pelo processo de feminilização da produção em saúde. No período de 1970 a 1980, observa-se que a participação feminina passa de 46% para 57% do total de pessoas empregadas no setor. Ao analisar a participação da mulher no mercado de trabalho em saúde, CHRISTÓFARO (1987) comenta que "se para a força de trabalho em saúde a feminilização é uma tendência, no caso da enfermagem é uma prática histórica".

Os dados da TAB. XXXIV demonstram que a evolução da participação das mulheres enquanto força de trabalho, no período de 1970/1980, ocorreu de forma variada entre os diversos pro

TABELA XXXIV - Evolução da participação das mulheres no mercado de trabalho, segundo algumas categorias de profissionais de saúde. Brasil - 1979/1980.

Categorias	1970		1980		Cresc. Bruto %
	Nº	%	Nº	%	
Nível Superior					
. Médicos	5.221	11,6	20.992	20,6	302
. Odontólogos	3.495	11,5	15.542	28,2	344
. Farmacêuticos	1.747	40,0	2.210	37,7	26
. Enfermeiros	4.774	96,0	11.361	94,0	138
Nível Médio e Elementar					
. Pessoal de Enfermagem	109.836	81,9	252.253	84,0	129
. Protéticos	1.992	49,9	1.105	8,4	-45
. Práticos de Farmácia	1.197	13,5	2.252	17,7	88
. Laboratoris_ ta	11.076	26,1	15.521	31,7	40

FONTE: IBGE/ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - 1985.

fissionais do setor. Verifica-se que a participação feminina teve crescimento positivo na categoria médica, passando de 11,6%, em 1970 para 20,6 em 1980. A mesma tendência de feminilização ocorreu com o pessoal de enfermagem de nível médio e elementar, passando de 81,9 em 1970 para 84% em 1980. Os enfermeiros apresentaram uma diminuição na participação das mulheres, enquanto força de trabalho, passando de 96% em 1970 para 94% em 1980. Quanto aos profissionais de saúde de nível médio e elementar, NOGUEIRA et alii (s.d.) destacam que a composição destes profissionais se apresentava em 1970 hegemonicamente feminina, com percentual de 59,2% de mulheres. Em 1980, este percentual aumenta para 68,8% confirmando o movimento de feminilização da força de trabalho em geral e do Setor Saúde em particular. Para o Autor, é importante destacar que as mulheres constituem o contingente mais jovem de força de trabalho, dado que a idade média masculina é superior à feminina. Um primeiro aspecto apontado pelo Autor refere-se ao fato das mulheres exercerem com mais frequência uma única ocupação, enquanto que os homens detêm mais postos de trabalho. O segundo refere-se aos menores rendimentos percebidos pelas mulheres, com menor jornada de trabalho e menos oportunidade de exercer trabalho autônomo. Os estudos realizados na última década apontam tendência ao rejuvenescimento da força de trabalho em saúde. Esta tendência está associada a 2(dois) fenômenos principais, ou seja, a expansão universitária e o aumento

da participação feminina no mercado de trabalho, o que por sua vez explica o rebaixamento dos salários médios.

Ao analisar a prática do enfermeiro e o papel da mulher na sociedade, MENDES (1985) afirma que "a predominância feminina, por si só, compromete e desprestigia a categoria pelos valores ideológicos do papel e do trabalho da mulher em sua historicidade e na sociedade contemporânea, além do exército de reserva que se configura no mercado".

Apesar da preocupação expressa em épocas distintas, verifica-se que não se leva em conta que a "divisão do trabalho entre os sexos é parte da divisão mais ampla do trabalho, que diz respeito às tarefas executadas pelos membros de diferentes castas, grupos ou classes sociais, mas não se reduz àquela. Em outras palavras, "a questão da oposição entre os sexos é irreduzível à oposição entre as classes sociais" (SILVA, 1986). Os autores BEAUVOIR (1976), SAFFIOTI (1969) e SILVA (1986) apontam que, se por um lado não há na cisão entre as classes nenhuma base biológica, por outro, as mulheres não podem suprimir-se enquanto classe. Ambos os fatos se entrecruzam na constituição de uma dada divisão histórica do trabalho social, que serve à dominação de uma categoria sobre outra e de uma classe sobre outra.

Com esta citação pode-se confirmar que a enfermagem moderna reproduz esta divisão do trabalho entre os sexos, uma

vez que incorpora categorias profissionais diferenciadas com vin culações de classes distintas e está subordinada, enquanto profissão feminina, à categoria médica, definida como profissão masculina (SILVA, 1986). Com estes argumentos, a Autora afirma que "o trabalho da enfermagem não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado". Entende-se assim que a busca do prestígio profissional não passa pela compreensão unilateral adotada, quase sempre, pela corporação, mas pela busca do compromisso social da enfermagem na construção de uma nova sociedade, onde as relações entre os sexos estejam colocadas no contexto geral da igualdade entre todos, HOMENS E MULHERES. Esta nova sociedade está baseada em uma redefinição dos pa péis e das relações do poder. Por outro lado, a enfermagem enquanto profissão deve buscar imediatamente sua inserção na tare fa de construir um novo modelo assistencial, onde ela terá que responder com novos perfis profissionais onde impere a competên cia na redução dos problemas de saúde e prevenção de riscos para a população. Somente assim a enfermagem poderá ser aceita en quanto uma prática socialmente importante e imprescindível.

A constatação da feminilização da força de trabalho de enfermagem tem sido tema de vários estudos e muitas vezes apontado como um dos principais determinantes do desprestígio da profissão. Muitas vezes esta afirmação não leva em consideração a historicidade, que conforma o papel da mulher nas várias fa-

ses da organização social, através dos tempos. Ao analisar a participação da mulher no mercado de trabalho, PRADO (1985) afirma que, no Setor Saúde, na parcela constituída pelas profissões de nível superior, as mulheres predominam apenas naquelas consideradas subalternas à medicina e que, numericamente, têm pouca expressão no conjunto das profissões". Ao analisar esta afirmação, CHRISTÓFARO (1987) vê a questão tomando por base a lógica patriarcal de produção, que determina a transferência de posse e controle da força de trabalho da mulher, no contexto familiar, para o pai ou esposo. A Autora faz analogia com o mercado de trabalho em saúde, onde se verifica que a transferência de posse e controle da força de trabalho de enfermagem está sendo passada para a categoria hegemônica no setor. Daí, conclui a Autora, a identificação que, em geral, é feita entre o trabalho da enfermagem e o trabalho doméstico, não ser, simplesmente, pelo que a enfermagem executa, mas sim pela prática que se insere e se articula dentro do processo de trabalho. Neste sentido, a questão do desprestígio da profissão não pode ser uma afirmação que se justifique no caráter marginal da enfermagem. É importante observar que a enfermagem, enquanto corporação, tem buscado sair do seu desprestígio, sem considerar todos os elementos desta análise. Desde a origem da enfermagem moderna, até os dias atuais observa-se que as estratégias para buscar o prestígio estão baseadas em valores morais e circunscritas à própria profis

são. SILVA (1986) aponta que, entre os três princípios nightingalianos, um deles era o projeto de profissionalização da mão-de-obra de enfermagem caracterizada à época, por não ter preparo e ser originária da massa do proletariado. Este projeto, idealizado e empreendido por membros da classe dominante da Inglaterra em 1850, tinha como uma de suas metas explícitas a mudança da imagem negativa da enfermagem.

Assim, ao analisar os aspectos da constituição da força de trabalho em saúde, fica evidenciada a importância de determinações históricas na sua conformação e inserção social. Neste sentido, não basta a compreensão, apenas, dos fatores internos à enfermagem para superar os obstáculos ao seu avanço en quanto prática social. Torna-se necessário contextualizá-la no modo de produção dominante em nossa sociedade, na perspectiva de intervir e contribuir para a construção de um sistema de saúde que atenda às demandas e necessidades de saúde da população.

Concluindo a análise dos dados levantados, verifica-se que a enfermagem no Brasil, enquanto uma prática histórica e socialmente determinada, tem características que poderiam ser configuradas como:

- . ser uma prática exercida majoritariamente por mulheres e, por via de consequência, incorporar as bases econômicas e sociais do trabalho feminino em nossa sociedade;

- . ser uma prática que ocorre predominantemente nos serviços de saúde com internação;
- . ser composta por categorias que formam uma estrutura piramidal de cuja base participa a ampla maioria de trabalhadores de enfermagem sem formação específica para o trabalho.

Analisando os dados descritos na participação da força de trabalho da enfermagem na produção de serviços de saúde, é necessário destacar que:

- . ao contrário do observado em outras profissões, a feminilização não é um fator determinante de alterações na estrutura da composição e de salário da força de trabalho em enfermagem, pois esta, historicamente, tem se caracterizado por ser uma profissão predominantemente praticada pelas mulheres;
- . a enfermagem participa e coopera na divisão horizontal do processo de trabalho em saúde e incorpora em seu interior uma subdivisão do seu trabalho, realizado por profissionais com preparação diferenciada. Neste processo a enfermagem complementa e compartilha o trabalho com os demais trabalhadores, assumindo papel expressivo na produção de serviços de saúde. Assim, deve ser considerada, no

conjunto dos trabalhadores que a compõem, elemento estratégico para a reorganização dos serviços.

- . o crescimento do emprego de enfermagem nas duas últimas décadas foi marcado pela inserção de mão-de-obra não qualificada, observando-se uma polarização da força de trabalho em saúde entre o médico e o atendente. A partir da metade da década de 80, observa-se um menor crescimento do emprego de atendente, com aumento do emprego de auxiliar de enfermagem. Quanto ao enfermeiro, ocorre uma relação negativa entre oferta e demanda. Estes dados são importantes quando se define a construção dos Sistema Único de Saúde e busca-se alcançar os objetivos finalísticos da Reforma Sanitária;
- . a distribuição dos profissionais de enfermagem por região geo-política acompanha o processo de distribuição de recursos tecnológicos no País. Assim, verifica-se uma maior concentração quantitativa e qualitativa dos recursos nas regiões Sul e Sudeste.

Relacionando estes aspectos referentes à configuração da força de trabalho e sua participação no mercado de trabalho em saúde com o quadro sanitário apontado no primeiro capítulo, devem-se destacar alguns aspectos que parecem fundamentais

para uma profissão que precisa ter uma prática social e, portanto, contribuir para resolução dos problemas de saúde. A enfermagem deverá repensar o processo de preparação de seus profissionais, definindo desempenhos para a área de saúde coletiva e redefinindo o perfil do profissional para as Instituições com internacionalização. Para tal aponta-se como essencial:

- . o estabelecimento de política e de estratégias operacionais para a formação de pessoal de nível médio inserido no serviço, legitimando-o através de diploma legal;
- . o incremento da formação de auxiliar e técnico de enfermagem, possibilitando aumentar, a médio prazo, a oferta destes profissionais no mercado;
- . a reestruturação dos programas de formação do enfermeiro, definindo, como produto, um profissional que seja capaz de atuar com competência, a nível dos serviços básicos de saúde e unidades de internacionalização;
- . a criação de programas de educação continuada com a finalidade de resgatar a competência técnica dos profissionais de enfermagem, estabelecendo-se critérios de desempenho a partir da análise epidemiológica da área em que estejam atuando.

- . a reformulação dos programas de pós-graduação, que tenham um vínculo com a realidade de nosso País e como finalidade a preparação de profissionais capazes de atuarem na transformação da realidade de saúde traduzida pelo quadro sanitário descrito anteriormente.

Todos estes elementos devem estar articulados e ter como imagem objetiva a construção dos serviços de saúde dentro dos princípios finalísticos da Reforma Sanitária. Para tanto é necessário estabelecer como propósito:

- . que todo o processo de preparação de recursos humanos de enfermagem — formação, capacitação, educação contínua — incorpore a integração ensino-serviço como estratégia metodológica em sua programação;
- . que a pesquisa esteja comprometida com a busca de solução e de novas alternativas de enfrentamento dos problemas de saúde e da construção do Sistema Único de Saúde, de caráter universal, resolutivo e de baixo custo para os usuários;
- . que se estabeleçam mecanismos que possibilitem ampliar a oferta de enfermeiros e de pessoal técnico e auxiliar de enfermagem para o setor. A ampliação da

demanda para o enfermeiro deve estar fundamentada na recuperação técnica deste profissional, o que, conseqüentemente, deverá ampliar sua participação na resolução dos problemas de saúde da população.



Os dados apresentados na caracterização do quadro epidemiológico revelam uma situação sanitária grave, historicamente determinada por uma crescente desigualdade social decorrente de um modelo econômico injusto. A inversão desta situação exige transformações na macro-estrutura que garantam uma distribuição justa da renda, da posse da terra e dos meios de produção.

A crescente urbanização da população e o padrão demográfico que aponta uma diminuição das taxas de fertilidade e natalidade, combinados com o aumento da esperança de vida ao nascer, determinam uma composição populacional que, para as próximas décadas, exige definições políticas orientadas para novos padrões na distribuição da atividade produtiva e dos bens de consumo e serviço.

Neste contexto, o Setor Saúde deve se reorganizar tendo como princípio o fortalecimento dos serviços públicos e o propósito de atender a toda a população oportunamente e com uma crescente capacidade quantitativa e qualitativa para resolver seus problemas, necessidades e demandas de saúde. A análise do quadro sanitário permite concluir que, para esta transformação, é necessário incorporar o conceito de que a saúde de uma pessoa ou de uma coletividade está na dependência de múltiplos fatores

que são determinados pelas condições concretas de vida, que incluem condições ambientais, de trabalho, nutrição, lazer e educação, entre outros. Assim, reconhece-se que existe um nível histórico de saúde a ser construído de forma contínua e crescente por toda a sociedade, exigindo uma mobilização e organização da sociedade civil para participar de todas as instâncias de decisão política.

O Setor Saúde, enquanto área social, está subordinado e determinado pela macro-estrutura que, no caso da sociedade brasileira, historicamente atende aos interesses hegemônicos da classe dominante, com privilegiamento das atividades privatizadas do setor. Assim, as modificações do setor também dependem do processo de democratização da sociedade brasileira, da garantia de mecanismos e instrumentos de justiça social e se expressam pela participação efetiva do usuário nas definições sobre os serviços.

O "direito a saúde" decorre do direito de cidadania e deve ser traduzido como sendo o rompimento da marginalidade e da exclusão social dos trabalhadores. Para a conquista do "estado de saúde" ou de "normalidade", os serviços de saúde constituem parcela dos benefícios sociais.

Para tanto, eles devem estar disponíveis a todos os indivíduos, através de "atos" desenvolvidos dentro dos princípios de equidade, oportunidade, integralidade e resolutividade

e organizados num modelo descentralizado, hierarquizado, com adequada incorporação e disponibilidade de tecnologia.

Nesta concepção, conclui-se que os serviços devem ser assumidos enquanto responsabilidade do Estado, através de uma rede própria, incorporando "sub-judice" os serviços privados. Estes pressupostos devem ser entendidos como questões de princípio no processo de democratização do setor e como estratégias de ampliação das bases sociais de sustentação para um projeto "transformador" do Setor Saúde.

A enfermagem, enquanto força de trabalho majoritária no Setor Saúde, deve incorporar-se à luta pela transformação do setor, enfrentando o grande desafio de romper com as dificuldades e deficiências acumuladas ao longo de sua história como prática socialmente determinada. A análise da força de trabalho de enfermagem demonstrou que a enfermagem tem tido papel preponderante na produção de serviços de saúde, mas tem participado pouco dos processos decisórios, seguindo, muitas vezes, a reboque das definições políticas e operacionais do setor. Esta forma de participação pode-se justificar pela composição interna da força de trabalho — majoritariamente feminina — pela quantidade, distribuição e utilização de pessoal sem preparação específica, entre outros elementos.

Constata-se a necessidade de construir uma nova prática social, o que requer maior capacidade de intervenção polí-

tica e a busca de estratégias alternativas para a formação de pessoal de enfermagem a nível médio.

A educação em enfermagem deve ser definida como uma das estratégias para a transformação de sua "praxis" orientada para o compromisso em atender aos interesses das camadas populares da sociedade. Portanto, é necessário que a educação em enfermagem também seja transformadora, no sentido de:

- . construir desenhos curriculares com base na concepção pedagógica problematizadora e na incorporação de metodologias inovadoras;
- . realizar estudos prospectivos sobre os estudantes das próximas décadas, por se constituírem de grupos de jovens que certamente advirão de um processo social diferenciado;
- . definir e implementar políticas de capacitação dos docentes, capacitando-os para um novo processo pedagógico;
- . construir um novo modelo de ensino de enfermagem, capaz de contribuir para a qualidade da assistência e atrair jovens para a carreira.

Considerando a análise sobre a composição tecnológica da equipe de enfermagem, dois pontos fundamentais merecem ser destacados. O primeiro refere-se à qualificação da força de

trabalho. Não ocorrerá transformação no setor sem a qualificação do grande contingente de trabalhadores de enfermagem engajados nos serviços. Este processo deve ser realizado, utilizando-se mecanismos para a sua formação, via ensino regular e supletivo.

Conclui-se que somente a articulação das instituições de saúde e ensino poderá dar conta da formação do grande contingente de trabalhadores sem qualificação específica já inseridos na produção de serviços de saúde.

O enfermeiro, enquanto profissional com maior recurso tecnológico na equipe de enfermagem, deve assumir a liderança técnica e política deste processo, articulando-se com os demais profissionais da área para a definição e implementação de políticas e estratégias para a formação de pessoal auxiliar e técnico de enfermagem. Este processo define como a base de sustentação do princípio de qualificação da assistência de enfermagem e, por consequência direta, da assistência à saúde.

O segundo ponto a ser destacado refere-se à questão da tecnologia, que requer um estudo específico, dada a complexidade do tema. Reconhecendo os limites de sua abordagem neste estudo, torna-se fundamental reconhecer que a enfermagem deve participar do processo de desenvolvimento tecnológico e científico, sem o qual não poderá participar efetivamente na recomposição tecnológica dos serviços de saúde e das "equipes" que configuram a força produtora do Setor.

Historicamente a enfermagem tem incorporado pouca tecnologia ao seu processo de trabalho. Neste momento, a redefinição e o avanço tecnológico colocam uma situação desafiadora para todos os profissionais de saúde, em especial para a enfermagem.

Estes desafios, a despeito de parecerem, em princípio, obstáculos para o avanço da enfermagem, significam um novo momento histórico da profissão. Este novo momento está marcado pelo compromisso social que deve configurar o processo de trabalho da enfermagem.

Parece que, por enquanto, a grande contingente da massa de trabalhadores do Setor Saúde só resta um caminho: participar do momento de democratização da área, com finalidade de construir um novo sistema de saúde, com base no direito de todos os indivíduos e no dever do Estado em garanti-lo. Isto contribuirá, decisivamente, para a melhoria do grave quadro sanitário do País e para a construção de uma nova ordem social.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ALCÂNTARA, G.A. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos a sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão preto, Escola de Enfermagem da USP, 1963. 166 p. (Tese, Concurso de Cátedra).
02. ALMEIDA, M.; MORAES, U.M.G.B.; HELEN, V.C.S.; ITO, A.M.M.Y.; SOARES, D.A.; NUNES, E.F.A.P.; SOUZA, F.E.A.; CAMPOS, J.J.B.; VIEIRA, M.N.; MENDES, U.B. O município e as AIS no Paraná-Saúde Deb, Curitiba (21): 18-24, 1988.
03. ALMEIDA, M.C.P. Contribuição de estudos da prática de enfermagem. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem da USP, 1981. 28 p. (Mimeo).
04. ALMEIDA, M.C.P. O estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1984. 179 p. (Tese doutorado).
05. ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro, Campus, 1989. 108 p.
06. ALVES, D.B. Mercado e condições de trabalho da enfermagem. Salvador, Central, 1987. 108 p.
07. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, Rio de Janeiro, V.41, 1980. 620 p.
ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL, Rio de Janeiro, V.48, 1988. 739 p.
08. APESAR DA SUBNOTIFICAÇÃO somos campeões mundiais em acidentes. TEMA, Rio de Janeiro, 5 (9): 5-6, 1987.
09. ARCOVERDE, V.M. Rio de Janeiro, 1982. 4 p. (Discurso proferido na Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro, 1982).

10. AROUCA, A.S. O dilema preventivista. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1975. 320 p. (Tese Mestrado).
11. AROUCA, A.S. Saúde na Constituinte - A defesa da emenda popular. Saúde Deb., Curitiba, (20): 39-46, 1988.
12. AS AITs como base de dados para estudos de morbidade. Dados, Rio de Janeiro, 6 (12): 3, 1988.
13. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, Brasília. Relatório final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil - 1956/1958. Brasília. 1980. 401 p.
14. AZEVEDO, G.G. & SANTOS, F.M. Panorama do Brasil. 3 ed. São Paulo, Atual, 1984. 182 p.
15. BARROS, M.B.A. Considerações sobre a mortalidade no Brasil em 1980. Rev. Saúde Públ., São Paulo, 18 (3): 122-37, 1984.
16. BEAUVOIR, S. O segundo sexo. 2 ed. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1967. 309 p.
17. BERLINGUER, G.A. A doença. São Paulo, CEBES/Hucitec, 1988. 150 p.
18. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 13: (24/25) Semanas 47 a 50, 1981.
19. BOTTOMORE, T. Dicionário do pensamento marxista. Rio de Janeiro, Zahar, 1988. 150 p.
20. BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. Saúde e previdência - estudos de política social. São Paulo, CEBES/Hucitec, 1981, 224 p.

21. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A questão da saúde no Brasil e diretrizes de um programa para um governo democrático. Saúde Deb, Curitiba, (17): 21-4, 1985.
22. BRASIL. Health Ministry. National Division of Sanitary Dermatology. Hansen's disease gradual setting up. Multi drug therapy in Brazil. S.L. National Division of Sanitary Dermatology/Evangelic Commission of Hansen's Patients, s.d., 19p.
23. BRASIL. Leis, Decretos etc... Portaria nº 3062 de 23 de agosto de 1982. Aprova o Plano de Reorientação da Asssitência à Saúde no Âmbito da Asssitência Social, elaborado pelo CONASP, com recomendações adicionais. Brasília, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1982. 8 p.
24. BRASIL. Leis, Decretos, etc... Portaria nº 4370 - 02.12.88. Estabelece normas complementares para o funcionamento do programa de desenvolvimento do sistema unificado e descentralizado de saúde nos Estados (SUDS) e dá outras providências. Brasília, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1988, 6 p.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Bases para o aperfeiçoamento das ações integradas de saúde como estratégia para a reforma sanitária brasileira. Brasília, 1986, 62 p.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento. Brasília, 1976. 320 p. (Mimeo).
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da III Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1963. 89 p. (Mimeografado).
28. BRAVERMAN, H. Trabalho e capital monopolista e degradação do trabalho no século XX. 3 ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.
29. CARVALHEIRO, J.R. Processo migratório e disseminação de doenças. In: Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública. Textos de apoio Ciências Sociais 1. Rio de Janeiro, PEC/ENSP/ABRASCO, 1983. p. 29-53.

30. CHRISTÓFARO, M.A.C. A inserção da enfermagem no mercado de trabalho de saúde. Salvador, 1987. 32 p. (mimeografado. Trabalho apresentado no XXXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem).
31. COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, Rio de Janeiro. Documento III. Rio de Janeiro, Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, 1987. 163 p.
32. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986. Brasília, Ministério da Saúde, 1986. 21 p. (Relatório final).
33. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, Rio de Janeiro. O exercício de enfermagem nas instituições de saúde no Brasil, 1982-1983: força de trabalho em enfermagem.. Rio de Janeiro, 1985. V.1. 236 p.
34. CORDEIRO, H. O sucesso do SUDS proporcionou a aprovação do sistema único. Súmula, Rio de Janeiro (23): 1-3, 1988.
35. CORIAT, B. L'atelier et le chronometrie.. Paris, Cristian Bourgois, 1979. 303 p.
36. O DESEMPENHO do país. Folha de São Paulo. São Paulo, 20 set. 1987. Cidades. 2. cad. p. 1-25.
37. DONNANGELO, M.C.F. Saúde e sociedade. 2 ed. São Paulo, Duas Cidades, 1979. 124 p.
38. FELIPE, J.S. MPAS - O vilão da reforma sanitária? Saúde Deb, Curitiba. (20): 65-73, 1988.
39. FONSECA SOBRINHO, D. Autoritarismo e política social: os programas de medicina simplificada no Brasil. Belo Horizonte, Faculdade de Ciências Humanas - UFMG, 1984. 220 p. (Tese Mestrado).

40. FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 2 ed. Rio de Janeiro. Forense-Universitária, 1980. 241 p.
41. GABALDON. A influência del racionamento intra-domiciliario con DDT sobre las tasas específicas de la mortalidad general en Venezuela. Bol. Of. Sanit. Panam.; Washington, 40 (2):93-106, 1956.
42. GERMANO, R.N. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez, 1983. 118 p.
43. GIRARDI, S.N. Elementos da dinâmica da estrutura de saúde no Brasil dos anos 76/84: compreender para explicar. Cad. Nescon. Belo Horizonte, 1988. 60 p.
44. GIRARDI, S.N. O perfil do emprego em saúde no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 1986. 35 p. (Mimeo. Trabalho apresentado para a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde).
45. LAURENTI, R. Situação sanitária do Brasil. In: GONÇALVES, E.L.; Coord. Administração de saúde no Brasil. São Paulo, Pioneira, 1982, p. 74-98.
46. LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; LEBRÃO, M.L.; GOTLIET, S.L.D. Proporções Coeficientes e Índices mais usados em Saúde Pública. In: LAURENT, E. Estatísticas de saúde. 2.ed. São Paulo. Pedagógica e Universitária, 1987. cap. 7, p. 101-46.
47. LESER, W.S. Problemas de saúde em áreas metropolitanas. In: SEMINÁRIO SOBRE SITUAÇÃO DE SAÚDE NAS ÁREAS METROPOLITANAS, São Paulo, 1976. Anais, São Paulo, Ministério da Saúde, 1976. p. 1-97.
48. LINHART, R. Lênin, os camponeses Faylor. Rio de Janeiro, Marco Zero, 1983. 230 p.

49. LUQUE, C.A. & VASCONCELOS, M.A.S. Previdência deve ser discutida agora. Folha de São Paulo, São Paulo, 17 mar. 1985. 4 cad.
50. LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia; 2 ed. Rio de Janeiro, Graal. 1979. 295 p.
51. LUZ, M.T. Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro, Graal, 1982. 217 p.
52. MACEDO, C.G. Extensão das ações de saúde através de serviços básicos. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. Brasília, 1980. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 19-30.
53. MACHADO, F.A.; FONSECA, D.M.; MARQUES, C.T.V.; OLIVEIRA, A. Os programas de extensão de cobertura: um exercício interpretativo: Belo Horizonte, 1984. 98 p. (Mimeo).
54. MACHADO, M.H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil 1970-80. Brasília, Ministério da Saúde, 1986. 23 p. (Mimeo. Trabalho apresentado para a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde).
55. MACHADO, R.; LOUREIRO, A; LUZ, R.; MURICY, K. Danação da norma: medicina social e instituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979. 493 p.
56. MALIK, A.M. Saúde e desenvolvimento. In: GONÇALVES, E.C., Coord. Administração de saúde no Brasil. São Paulo, Pioneira, 1982, p. 1-22.
57. MALLOY, J.M. Previdência social e classe operária no Brasil: uma nota de pesquisa. São Paulo, Vozes, 1976. 123 p. (Estudos CEBRAP, 15).

58. MARTINE, G. O mito da explosão demográfica. Cien. Hoje, Rio de Janeiro, 9 (51): 28-35, 1989.
59. MARTINS, G.B. & OIKAMA, L.T. Municipalização da assistência à saúde em Cambé. Saúde Deb, Curitiba (21): 17-7, 1988.
60. MARX, K. Formações econômicas pré-capitalistas. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977. 130 p.
61. MARX, K. Capital VI Inédito. São Paulo, Hucitec, 1978. p. 32-51.
62. MEDICI, A.C. O emprego em enfermagem no Brasil dos anos 80: luz no fim do túnel? Salvador, 1987. 9 p. (Mimeo. Trabalho apresentado no XXXIX Congresso Brasileiro de Enfermagem).
63. MEDICI, A.C. Emprego em saúde na conjuntura recente: lições para a reforma sanitária. Brasília, Ministério da Saúde, 1986. 23 p. (Mimeo. Trabalho apresentado para a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde).
64. MELO, C.M.M. Divisão social do trabalho em enfermagem. São Paulo, Cortez. 1986. 94 p.
65. MELLO, C.G. A medicina e a realidade brasileira. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983. 137 p.
66. MELLO, C.G. A mercantilização da medicina. In: _____ . Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo, CEBES, 1977, p.157.
67. MENDES, D.C. Assistência de enfermagem e administração de enfermagem: a ambiguidade funcional do enfermeiro. Rev. Bras. Enf. Brasília, 38 (3/4): 257-65, 1985.
68. MENDES, E.V. Sistemas locais de saúde. Brasília, 1988. 4 p. (Mimeo).

69. MINAS GERAIS. Secretária de Estado de Saúde. Prefeitura Municipal de Montes Claros. Carta de Montes Claros Muda Saúde. Saúde de Deb, Belo Horizonte, (17): 50-1, 1985.
70. MORAES, N.L.A. Níveis de saúde de coletividades brasileiras. Rev. SESP, Rio de Janeiro, 10 (2): 409-97, 1959.
71. MORAIS, E. Programa de saúde oral. In: CAPISTRANO FILHO, D. Saúde para todos - um desafio do município. São Paulo, Hucitec, 1985. 135 p.
72. NOGUEIRA, R.P. Capital e trabalho no serviço de saúde. Brasília, s.d. 10 p. (Mimeo).
73. NOGUEIRA, R.P. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil: 1970-1983. Brasília, OPAS, 1986 b. 56 p. (Série monográficas GAP, 1).
74. NOGUEIRA, R.P. A força de trabalho em saúde. Rev. Adm. Públ., 12 (3): 61-70, 1983.
75. NOGUEIRA, R.P. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. Brasília, 1986 a. 14 p. (Mimeo).
76. NOGUEIRA, R.P.; MEDICI, A.; GIRARDI, S.N.; MACHADO, M.H. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: aspectos estruturais e conjunturais. Rio de Janeiro, ABRASCO, s.d. (no prelo).
77. OLIVEIRA, M.I.R. A enfermagem no contexto da saúde e do desenvolvimento. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35, São Paulo, 1983. Anais. São Paulo, Associação Brasileira de enfermagem, 1983. p. 105-72.
78. OLIVEIRA, V.B. Sistema local de saúde. Washington, 1988. 11 p. (Série Desarrollo de Servicios de Salud, 59).

79. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, ofic Sanit Panamericana. Washington, 1973. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de salud de las Américas. Washington 1973. 25 p. (Documento oficial, 118).
80. PAIM, J.S. A democratização da saúde e o SUDS: o caso Bahia. Saúde Deb., Curitiba, (21): 39-44, 1988.
81. PATARROYO, M.E. A fé move montanhas. Cien. Hoje, São paulo. 8 (48): 22-7, 1988.
82. PELLEGRINE FILHO, A.F. Programa de interiorização de ações de saúde e saneamentos: relato e análise de uma experiência. Brasília, 1979. 305 p. (Mimeo).
83. PIMENTA FILHO, A.C. Bauru: a experiência que deu certo. Saúde Deb., Curitiba, (21): 25-8, 1988.
84. POSSAS, C. Saúde e sociedade a crise na previdência social. Rio de janeiro, Graal, 1981, 324 p.
85. PRADO Jr., C. Dialética do conhecimento. 6 ed. São Paulo, Brasiliense, 1980. V.1. 333 p.
86. QUADRA, A.A. A saúde e os planos, o desenvolvimento apesar da saúde: histórias extraordinárias. Rio de Janeiro, 1982. 32 p. (Mimeo).
87. O QUE VAI MUDAR no setor saúde. Súmula, Rio de Janeiro (26):1, 1988.
88. RAZOUX, J. Tables nosologiques et méterologiques dressées à l' Hôtel. Dieu de Nimes. Bâfe, 1967 apud FOULCAULT, M. O nascimento da clínica. 2 ed. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1980, 241 p.

89. REZENDE, A.L.M. Contribuição para análise histórica do pensar e do fazer nas ações de saúde - uma visão não dicotômica da formação do enfermeiro. São Paulo. Faculdade de Educação da USP. 1985. 334 p. (Tese, Mestrado).
90. ROBAYO, J.C. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Bol. Ofic. Sanit. Panam. Washington. 82 (6): 478-92, 1977.
91. RODRIGUEZ NETO, E. Reunião da ABRASCO em Cachoeira, Bahia. Saúde Deb., Curitiba, (20): 33-8, 1988 a.
92. RODRIGUEZ NETO, E. Saúde: promessas e limites da constituição. São Paulo, 1988 b. 360 p. (Mimeo).
93. RODRIGUEZ NETO, E. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. Saúde Deb., Belo Horizonte. (17): 12-7, 1985.
94. SAFFIOTTI, H.I.B. A mulher na sociedade de classes: mito e realidade. 2 ed. Petrópolis, Vozes, 1979. 136 p.
95. SANTOS, I.S.; SOUZA, A.M.A.; GALVÃO, G.A. Subsídios para a formulação de uma política de profissionalização para o pessoal de enfermagem sem qualificação específica, emprego no setor saúde - Brasil. Rev. Educ. Méd. Salud. Washington. 22 (2): 200-10, 1988.
96. SANTOS, N.R. Prestação de contas na gestão de saúde em Campinas. Saúde Deb., Curitiba (21): 7-9, 1988.
97. SILVA, G.B. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo, Cortez, 1986. 143 p.
98. SILVA, N.F. A prática de enfermagem na Bahia: contribuição ao estudo do trabalho dos profissionais de enfermagem de nível superior. Salvador, Central, 1987. 170 p.

99. SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. Prevenir e curar - o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Forense, 1978. 166 p.
100. SOMARRIBA, M.M.G. Medicina no escravismo colonial. Belo Horizonte, FAFICH, UFMG. 1984. 27 p. (Mimeo).
101. SOUZA, A.M.A. Desenvolvimento dos serviços de assessoria de enfermagem da Organização Panamericana de Saúde: impacto na educação de enfermagem latino-americana - (1940-1980). Salvador, Bureau, 1982. 354 p. (Tese, doutorado - Ohio States University).
102. SOUZA, A.M.A.; CAMARGO, A.P.S.; CASTELANOS, B.E.; BURLAMAQUE, C.S.; XAVIER, I.M.; ARAÚJO, M.M.; ALMEIDA, M.C.P.; SALUM, M. J.; CHOMPRÉ, R.R.; VIEIRA, T.T. Estudos sobre tendências da pesquisa sobre a prática de enfermagem no Brasil - 1933-1987. Brasília, Unb/NESP, 1988. 77 p.
103. SOUZA, J.A.H. O modelo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e saneamento: sua programação e evolução para o programa nacional de serviço de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7., Brasília, 1980. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 77-100.
104. TRINDADE, C.A. Os serviços de saúde em Cachoeira do Macacu. Saúde Deb, Curitiba, (21): 10-2, 1988.
105. VALENTE, F.L.S. A problemática alimentar e nutricional no Brasil. Saúde Deb., Curitiba, (23): 50-7, 1988.
106. VIDAL, C. El desarrollo de recursos humanos y el plan de acción. Educ. Méd. Salud. Washington 18 (2): 113-24, 1984.
107. XAVIER, J.M.; SOUZA, A.M.A.; ARAÚJO, E.C.; RODRIGUES NETO, E.; SOUZA, E.O.; BRICEÑO, G.; SANTOS, I.; AZEVEDO, J.; COMINO, E.B.; CHRISTÓFARO, M.A.C.; PUNTEL, M.C.; ROSSI, M.J.; FRIENDLANDER, M.R.; SILVA, N.F.; CHOMPRÉ, R.R.; GIRARDI, S.N.; BARROS, S.; VIEIRA, T.C.V. Subsídios para a conceitualização da assistência de enfermagem rumo à reforma sanitária. Rev. Bras. de Enf., Brasília, 40 (2/3): 177-180, 1987.

108. YUNES, J. & PRIMO, E. Caracterização demográfica e social da realidade brasileira. In: GONÇALVES, E.L. Coord. Administração de saúde no Brasil. São Paulo, Pioneira, 1982. p. 23-73.

109. ZOCKUN, M.H. Fontes de variação da massa salarial: o impacto das políticas recentes. In: _____ . Mercado de trabalho no Brasil aspectos teóricos e evidências empíricas. São Paulo, IPE/USP. 1985. 56 p.