

ATENÇÃO BÁSICA E EMPREGO EM SAÚDE: ALGUNS ELEMENTOS E POTENCIALIDADES

Geraldo Biasoto Junior¹

Resumo

O objetivo deste trabalho é discutir alguns dos elementos e das potencialidades do setor saúde na geração de postos de trabalho no Brasil. Para tanto, são discutidos os gastos com saúde e a inserção pública num rol de países e a posição brasileira. Ao mesmo tempo, são avaliados os gastos do Ministério da Saúde, nos últimos anos, em seus grandes segmentos, com destaque para as estratégias da atenção básica, notadamente o PACS/PSF. No campo da geração de empregos são avaliados os números globais do país e focalizados os relativos à saúde da família e agentes comunitários. Por fim, estima-se o custo de geração de postos de trabalho para o setor saúde, a saúde pública e o PACS/PSF.

Palavras-chaves: Atenção Básica, Saúde da Família, Financiamento, Emprego, Empregabilidade, Orçamento da Saúde.

Primary attention and employment in the health Field: A few elements and potentialities

Abstract

The objective of this work is discussing some elements and possibilities of the health sector in generating employment in Brazil. Because of this, the expenses with health and the public insertion were discussed in a group of countries, comparing to the Brazilian situation. At the same time, the Health Ministry's expenses have been evaluated, in its most important parts, highlighting primary care, especially the PACS/PSF. In the area of employment creation, the country's global figures and also the ones related to family health and community agents were analyzed. Finally, the

¹ Professor de Economia da UNICAMP, Diretor Executivo da FUNDAP e ex-Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde.

costs of employment creation for the whole health sector, the public health and the PACS/PSF were estimated.

Keywords: Primary Care, Family Health, Finance, Job, Employment, Health Budget.

Atenção Básica y Empleo en Salud: algunos elementos y potencialidades

Resumén

El objetivo de este trabajo es discutir algunos de los elementos y de las potencialidades del sector salud en la generación de plazas de trabajo en el Brasil. Para tanto, son discutidos los gastos con salud y la inserción pública en un rol de países y la posición brasileña. Al mismo tiempo, son evaluados los gastos del Ministerio da la Salud de Brasil, en los últimos años, en sus grandes segmentos, con destaque para las estrategias de la atención básica, notoriamente el PACS/PSF. En el campo de la generación de empleos son evaluados los números globales del país y focalizados los relativos a la salud da la familia y agentes comunitarios. Por fin, se estima el costo de la geración de plazas de trabajo para el sector de la salud, a la salud pública y el PACS/PSF.

Palabras claves: Atención Básica, Salud de la Familia, Financiamiento, Empleo, Presupuesto en Salud.

CV do autor: Professor de Economia da UNICAMP, Diretor-Executivo da FUNDAP, ex-Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde, ex-Vice Presidente da Empresa de Urbanização de São Paulo, ex-Secretário de Finanças de Campinas, ex-Coordenador de Política Fiscal do Ministério da Fazenda, ex-Coordenador Nacional do Acordo Brasil-Reino Unido para a Reforma do Setor Saúde, ex-Coordenador Técnico da Câmara de Medicamentos do Governo Federal.

Introdução

A preocupação com a manutenção e geração de postos de trabalho é o principal elemento das políticas públicas no mundo atual. De uma forma ou de outra, o tema do emprego atravessa campanhas eleitorais, o relacionamento entre o Estado e os segmentos organizados dos trabalhadores e as relações entre os distintos atores sociais.

A máquina industrial, referida ao espaço de acumulação capitalista que opera em escala global, é inequivocamente redutora do volume de oferta de empregos. Logicamente, nos serviços mais especializados e nas atividades tecnológicas, uma parcela desses postos de trabalho é recriada. Em seu conjunto, não há como deixar de constatar que uma redução relativa do emprego é concomitante a uma forte diferenciação dos postos ofertados, com maior qualificação da mão de obra.

Para países de dimensões continentais, com perfil etário ainda em percurso de amadurecimento e dificuldades nas áreas de educação e formação profissional, a nova realidade aparece como um imenso desafio à capacidade de o sistema continuar a gerar condições mínimas de absorção da força de trabalho.

Diversas vezes, esta preocupação assume a feição das políticas liberalizantes, que vêm na limitação de regulação estatal às normas contratuais entre empregador e empregado, a forma de aumentar a empregabilidade. Por outro caminho, também são tomadas medidas de estrito controle das relações de trabalho com a expectativa de que garantam a geração de empregos e boas condições de barganha para os trabalhadores nessas relações.

O setor saúde deverá jogar um papel de grande destaque, nas próximas décadas, na definição dos caminhos que deverão trilhar a geração de empregos e as relações de trabalho. Evidentemente, trata-se de um jogo com inúmeras alternativas e que será condicionado pelas escolhas nacionais para a geração de perfis que poderão ser bastante diferenciados. Talvez duas sejam as maiores decisões a serem tomadas durante esse processo. A primeira delas guarda relação com as macrodiretrizes do gasto público. A ampliação do gasto público leva, em si, embora não garanta, a

possibilidade de uma saúde voltada para o conjunto da população e, muito provavelmente, mais intensiva em mão-de-obra de profissionais de saúde além dos médicos. A multiplicação da atenção para conteúdos relativos à prevenção e à promoção da saúde, bem como as terapias auxiliares, reduzem a prevalência das especialidades médicas, gerando demanda mais firme no mercado de trabalho dos demais profissionais de saúde.

Ao contrário, uma escolha de política que limite os gastos públicos implica redução do gasto global em saúde, com menores chances de equalização do gasto em saúde e maior probabilidade de uma forma extremamente perversa de gasto: a efetuada diretamente pelo usuário do sistema, no momento da utilização. Ao mesmo tempo, formas de pré-pagamento imperfeitas e marcadamente nucleadas no cuidado hospitalar tendem a prevalecer. A maior concentração do gasto na atividade hospitalar, em detrimento das ações de prevenção e promoção e da atenção básica em geral, tem um conteúdo negativo para a geração de postos de trabalho no setor saúde e tende a concentrar rendimento em extratos médicos, notadamente relativos às especialidades.

A segunda grande questão é como formatar o gasto em saúde, desde que a decisão de incrementar o gasto público tenha sido tomada. Novamente, o perfil do gasto acaba definindo a estrutura de atendimento e sendo redefinida por esta última, num processo de retroalimentação. A opção pelo cuidado centrado nas unidades hospitalar e ambulatorial repercute no sistema com a prevalência de intensidade tecnológica e especialização da atenção. Estas tendências acabam ganhando auto-reforço pela própria dinâmica na qual se inserem.

Não há dúvida de que a escolha de um modelo de atenção à saúde mais equilibrado na relação entre a atenção básica e o cuidado ambulatorial-hospitalar tende a produzir maior heterogeneidade na estrutura de recursos humanos envolvida na prestação de serviços de saúde. Mais que isto, a redução do foco nas tecnologias mais sofisticadas da alta e média complexidade tende a produzir um novo espectro de atores dentro do sistema que explicitam interesses mais amplos, na disputa por recursos financeiros.

Este trabalho visa discutir os impactos do gasto em atenção básica no mercado de trabalho em saúde e informa como uma nova configuração dos gastos poderia imprimir maior dinâmica à criação de postos de trabalho e diferenciação da demanda por profissionais de saúde. Esse é o objetivo da discussão das duas partes em que se divide este trabalho.

Os Diferentes Padrões de Financiamento da Saúde

A participação dos gastos com saúde no PIB é expressiva na maioria dos países desenvolvidos e vem crescendo nos chamados países emergentes. No conjunto dos 26 países da OCDE, a média dos gastos *per capita* globais, públicos e privados atingiu, em 2002, US\$ 1.964. A variação entre os países é extremamente forte, sendo que México, República Eslovaca, Coréia e Hungria apresentam gasto *per capita* inferior à média em mais de US\$ 1.000. Enquanto isso, Estados Unidos, Suíça, Alemanha, Islândia e Canadá, registram gastos *per capita* superiores em mais de US\$ 500 à média dos 26 países avaliados. O Brasil permanece longe dessas marcas, com cerca de US\$ 280 de gasto *per capita*.

Tabela 1

Fontes de Financiamento da Saúde em Países da OCDE

2002

	Público	Privado	Total
Estados Unidos	2.051	2.580	4.631
Suíça	1.793	1.429	3.222
Alemanha	2.063	685	2.748
Islândia	2.202	406	2.608
Canadá	1.826	709	2.535
Dinamarca	1.986	434	2.420
França	1.785	564	2.349
Bélgica	1.616	652	2.268
Noruega	1.877	391	2.268
Holanda	1.517	729	2.246
Austrália	1.600	611	2.211
Áustria	1.507	655	2.162
Itália	1.497	535	2.032
Japão	1.542	469	2.011
Irlanda	1.480	473	1.953
Reino Unido	1.429	335	1.764
Finlândia	1.249	415	1.664
Nova Zelândia	1.266	357	1.623
Espanha	1.088	468	1.556
Portugal	1.025	414	1.439
Grécia	777	622	1.399
República			
Checa	942	89	1.031
Coréia	396	497	893
Hungria	637	205	842
República			
Eslovaca	618	72	690
México	228	263	491
Média	1.385	579	1.964

Fonte: OECD, Datahealth, 2002

No que toca à repartição entre o financiamento público e privado dos gastos com saúde, embora existam algumas situações particulares como Suíça, Estados Unidos e México, em que a participação privada é maior que a pública, a maioria dos países apresenta um padrão compatível com a média dos 26 países, sendo de mais que dois terços a participação pública dentre os gastos totais com saúde. No caso brasileiro, também temos que observar uma forte distorção. A participação pública no gasto total tem se limitado a 40% do gasto total.

Tabela 2Distribuição das Fontes de Financiamento da Saúde
2000

	Despesa Pública	Seguro Privado	Outros Fundos	Pagamento Direto
França	76,0%	12,8%	1,0%	10,2%
Alemanha	75,1%	12,5%	1,8%	10,6%
Irlanda	75,8%	7,1%	6,1%	11,0%
Estados Unidos	44,3%	34,8%	5,6%	15,3%
Nova Zelândia	78,0%	6,3%	0,4%	15,4%
Canadá (1999)	70,8%	11,2%	1,9%	16,1%
Dinamarca	82,1%	1,6%	0,0%	16,4%
Japão (1999)	77,7%	0,3%	4,8%	17,1%
Áustria	69,7%	7,0%	4,7%	18,6%
Finlândia	75,1%	2,5%	1,8%	20,6%
Hungria	75,7%	0,2%	3,0%	21,2%
Itália	73,7%	0,9%	2,5%	22,9%
Espanha (1999)	70,2%	3,4%	0,0%	26,4%
Coréia (1999)	43,9%	7,4%	5,0%	43,8%
Média	70,6%	7,7%	2,8%	19,0%

Fonte: OECD, Health Data, 2000

As diferenças entre diversos países ganham maior expressão quando referidas aos seus diferentes indicadores de saúde. Não há dúvida de que a variação do gasto *per capita* não é reflexo nas condições de saúde da população. Em verdade, para o conjunto de países avançados há um consenso de que os indicadores de saúde já se situam em níveis bastante semelhantes. A explicação das disparidades deve ser buscada em alguns elementos que conformam o setor saúde e variam de país para país.

É crucial identificar os principais elementos que impõem a dinâmica do gasto no setor saúde. Certamente, o principal deles é a velocidade de absorção de novas tecnologias às condutas médicas e às disponibilidades de serviços hospitalares e

ambulatoriais. Do mesmo modo, a prescrição de novos medicamentos influi sobremaneira no gasto realizado com saúde. A avaliação do custo efetividade da incorporação de novas tecnologias é extremamente complexa, principalmente porque, em grande parte das situações, trata-se de melhorias de acuidade do diagnóstico e qualidade de vida do paciente, aspectos de mensuração complexa.

Um segundo elemento de grande importância é o gerenciamento das ações médicas e a existência e amplitude dos protocolos clínicos em uso no sistema. À diferença de todas as outras formas de mercado, no sistema de saúde, o consumidor está submetido à decisão de um terceiro agente sobre os bens e serviços que serão demandados para o tratamento. Dessa forma, os padrões de comportamento dos médicos impactam decisivamente no patamar de gastos em saúde, especialmente quando a descentralização das decisões é maior. Como forças contrárias colocam-se planos e seguros privados e governos, estabelecendo protocolos e formas de controle dos gastos, o que não raro gera enormes tensões dentro do sistema. Ao mesmo tempo, não há como deixar de se levar em conta que há criação de demanda endógena ao sistema, na medida em que as unidades de saúde e os médicos, como agentes de decisão do gasto, podem gerar necessidades de maneira diferenciada.

Um terceiro elemento de grande importância no sistema é a renda média da sociedade e a sua distribuição das famílias. Há uma tendência a que sociedades mais ricas, cuja satisfação das necessidades básicas está bem atendida, aloque maior parte de seus recursos em saúde. Neste movimento, a cesta de necessidades sociais em termos de serviços de saúde experimenta incrementos justamente em termos de novas tecnologias, tratamentos estéticos, comodidades, melhor hotelaria nas internações, dentre outros. Em sociedades de renda média elevada e distribuição de renda mais equilibrada, os gastos com saúde devem ser ainda mais elevados, justamente porque as despesas de saúde desfrutam de grande participação nos orçamentos familiares especialmente nas faixas de renda média e média-alta.

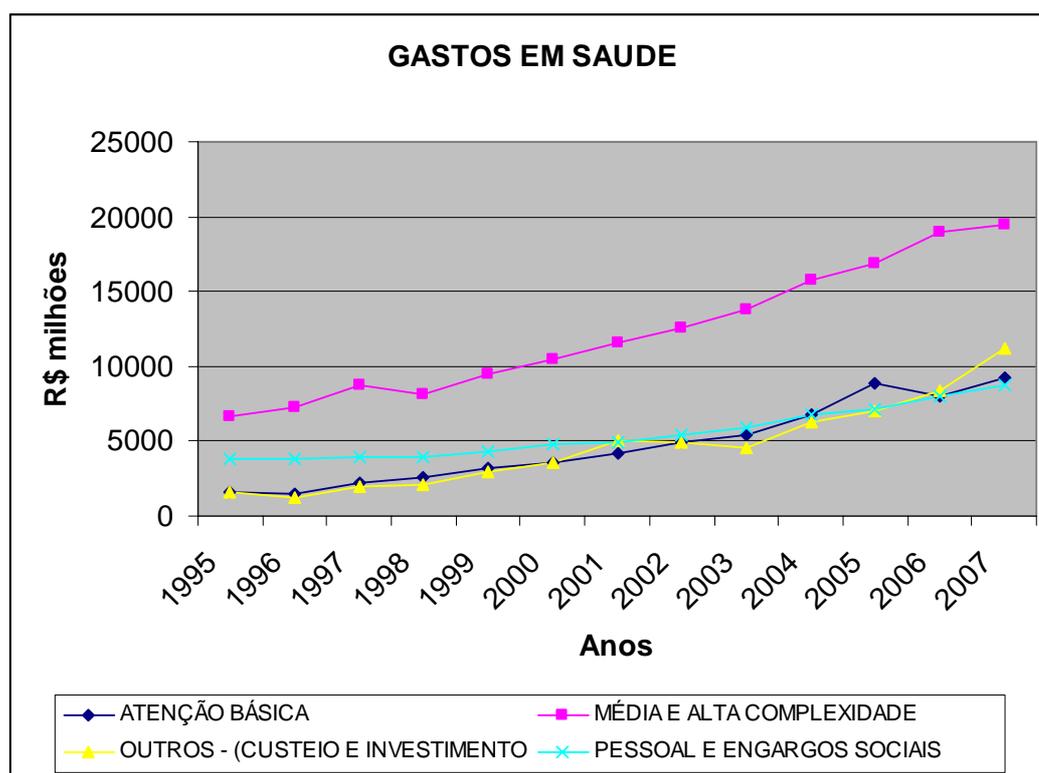
A grande decisão é, na realidade, de política pública. Está na formatação dos gastos públicos a variável definidora do perfil da inserção do Estado na dinâmica de criação de empregos do setor saúde. A alocação de recursos orçamentários pelos diversos programas e instituições define o perfil do gasto e indica os seus

beneficiários. As ações contempladas demandam recursos tecnológicos e de pessoal que levam, em si, as opções realizadas.

O orçamento federal brasileiro pode sintetizar as tendências dos gastos em saúde no Brasil. Conquanto os dados abaixo não demonstrem a totalidade do gasto público das três esferas de governo, como o Ministério da Saúde tem forte poder de indicação de políticas, geralmente inscritas nas transferências financeiras, os recursos federais indicam tendências seguidas pela maioria dos agentes descentralizados.

A análise dos dados do Ministério da Saúde, no período que se estende de 1995 a 2007, pode ser realizada por meio do gráfico 1. O crescimento dos gastos com a atenção básica é bastante expressivo, assim como os outros custeios e investimentos, enquanto os gastos com pessoal perdem vigor, o que se explica pela diretiva de descentralização das ações diretas. No entanto, também não há como deixar de indicar que a expansão relativa dos recursos da média e alta complexidade também aumentaram com grande velocidade, registrando, em 2007, patamar que quase duplica os recursos aplicados na atenção básica.

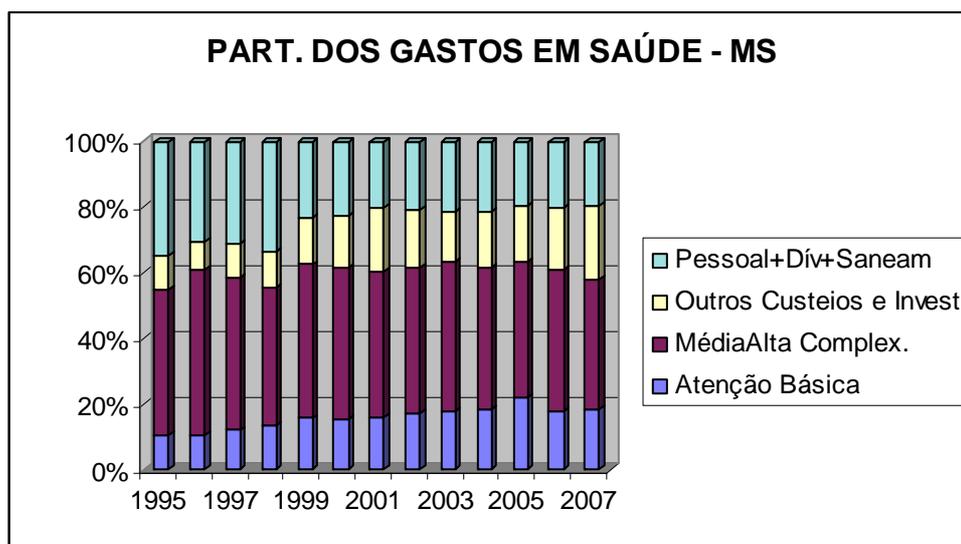
Gráfico 1



Fonte: BGU

O gráfico 2 mostra os percentuais de uma forma mais abrangente, incorporando os gastos com saneamento, pagamento de dívidas e pessoal em um mesmo bloco, que teve o melhor comportamento no período, subindo de 10,4% para 22,5%. Na comparação entre 1995 e o orçamento para 2007, a atenção básica subiu de 10,5% para 18,6%. Enquanto isso, as despesas com alta e média complexidade caíram de 44,3% para 39,1%.

Gráfico 2

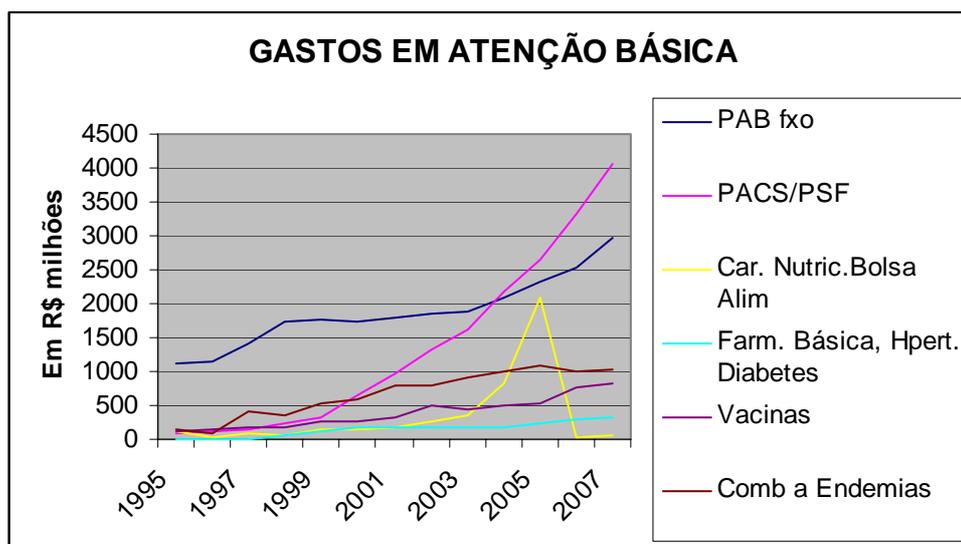


Fonte: BGU

Na análise dos componentes identificados pelo Ministério da Saúde como atenção básica, o gráfico 3 pode demonstrar, de forma inequívoca, a tendência que abrangeu todos os 12 anos da série em foco. Os gastos com o Programa de Agentes Comunitários em Saúde e o Programa de Saúde da Família tiveram comportamento altamente favorável, chegando, em 2007, aos R\$ 4 bilhões. O PAB fixo logrou a segunda colocação, em termos de volume global. No entanto, seu comportamento foi muito inferior do ponto de vista da trajetória de crescimento, perdendo o primeiro posto e chegando a cerca de R\$ 3 bilhões, na previsão orçamentária de 2007.

Esses elementos dão cores favoráveis às decisões governamentais, do ponto de vista das escolhas que beneficiam um maior equilíbrio do sistema entre os gastos com as áreas de maior intensidade tecnológica e as de grande intensidade em mão-de-obra. Desse modo, a supra aludida maior absorção de mão-de-obra de diferentes profissões da saúde e a ampliação do leque de profissionais e remunerações têm indicativos de estar, como tendência, ocorrendo. Logicamente, os números mostram que ainda é grande a prevalência do cuidado hospitalar-ambulatorial, analisando-se sob a ótica da alocação de recursos por parte do Ministério da Saúde.

Gráfico 3



Fonte: Ministério da Saúde

O Emprego em Saúde e a Atenção Básica

Uma breve avaliação do emprego gerado pelo setor saúde pode ser realizada por meio da tabela 3. No Brasil todo, em 2005, somavam dois milhões e meio as pessoas que exercem atividades remuneradas, sob diversos tipos de vínculos de trabalho, nas diversas atividades relacionadas ao setor saúde. Note-se que aí se inserem tanto os trabalhadores diretamente vinculados à prestação de serviços aos usuários, quanto atividades industriais e comerciais relacionadas à produção de bens como medicamentos e insumos hospitalares. A Região Sudeste possui a maior participação dentre as macro-regiões, com um milhão e duzentos mil trabalhadores. A Região Norte contabilizava pouco menos de 167 mil trabalhadores em saúde.

Tabela 3
Empregos em Saúde por Entidade Mantenedora
2005

	Total de Empregos	Proporção de Empregos	
		públicos	privados
BRASIL	2.566.694	56,4	43,6
Região Norte	166.939	81,3	18,7
Região Nordeste	635.449	67,7	32,3
Região Sudeste	1.199.637	50,0	50,0
Região Sul	370.709	45,5	54,5
Região Centro-Oeste	193.960	59,0	41,0

Fonte: PROGESUS

Importante notar outra característica do setor saúde brasileiro derivada diretamente da realidade socioeconômica heterogênea entre as macro-regiões. Nas regiões em que os níveis de riqueza são menores, a atividade empresarial não é tão desenvolvida e a classe média tem menor participação relativa, a proporção de empregos públicos é superior, refletindo a dependência da atenção proporcionada pela rede pública. Ao contrário, a Região Sul mostra participação superior dos empregos proporcionados pelo setor privado (54,5%) e a Região Sudeste apresenta uma divisão perfeita (50% para cada setor).

É possível fazer, embora de forma bastante precária, uma avaliação do custo de geração de um posto de trabalho no setor saúde. Tomando-se o ano de 2005, o gasto global teria sido de R\$ 178 bilhões (cerca de 8,3% do PIB), frente aos dois milhões e meio de trabalhadores, tem-se que cada posto de trabalho gerado implica gastos de R\$ 69.460. Esse é o valor para a criação de um posto de trabalho no conjunto entre setor público e setor privado.

Com algumas novas suposições, é possível definir um valor aproximado da geração de um posto de trabalho no âmbito público. Excluindo-se quatro quintos dos 24,9% dos postos de trabalho vinculados a entidades com fins lucrativos e um terço dos 18,6% dos postos de trabalho vinculados a entidades privadas sem fins lucrativos², teríamos 1.896.433 trabalhadores diretamente relacionados ao setor

² No caso das entidades privadas com fins lucrativos, a suposição é de que 20% seriam trabalhadores em hospitais e clínicas contratados pelo SUS. No caso do setor privado sem fins lucrativos, a hipótese é de que 66% sejam relativos a entidades majoritariamente contratadas pelo SUS para prestação de serviços, tal como a rede de Santas Casas.

público. Nesse caso, a geração de um posto de trabalho custa R\$ 38.356,00, tendo como base a participação do setor público em 40,2% das despesas globais em saúde.

O Programa de Saúde da Família e a estratégia de agentes comunitários de saúde configuraram-se, ao longo dos anos, como vigorosas promotoras do emprego em saúde. Em meados de 2007, o Brasil possuía mais de 220 mil agentes comunitários devidamente implantados, capacitados e vinculados aos programas de saúde. Ao mesmo tempo, mais de 27 mil Equipes de Saúde da Família já estavam implantadas em todo o território nacional, garantindo cobertura a 46,7% da população total do país.

Uma estimativa da geração de empregos no campo do PACS/PSF pode dar uma idéia do potencial de geração de empregos do programa. Como as equipes devem ser compostas de um mínimo de médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem, pode-se dizer, de forma conservadora, que 81 mil postos de trabalho foram gerados de forma acumulada até meados de 2007. Somando-se aos agentes comunitários, temos que 300 mil postos de trabalho foram gerados pelo Programa.

Os gastos do programa, relativos à transferência do Ministério da Saúde aos executores, em sua grande maioria municípios, registraram o valor de R\$ 4,064 bilhões, em 2007. Para uma estimativa de gasto no programa é necessário adicionar uma parcela de recursos dos outros níveis de governo. Uma suposição de gastos adicionais de 50% parece-nos confiável, conquanto seja grande a heterogeneidade de situações pelo país. Dessa forma, teríamos um custo do programa de cerca de R\$ 6,1 bilhões. Para manter a comparabilidade com os números anteriores, seriam R\$ 5,65, a preços médios de 2005. Com a referência nesse montante de gastos, o custo de geração de um posto de trabalho no PACS/PSF seria, a preços de 2005, de R\$ 18.840.

A tabela 4 mostra a síntese das estimativas de custo por geração de postos de trabalho acima realizadas.

Tabela 4
COMPARATIVO DE CUSTOS DE GERAÇÃO DE POSTOS DE TRABALHO
2005

Setor Público e Privado	R\$ 69.460,00
Setor Público	R\$ 38.356,00
PACS/PSF	R\$ 18.840,00

Conclusões

As reflexões e estimativas apresentadas neste trabalho permitem dizer que as políticas calcadas em estratégias de atenção básica possibilitam a geração de um contingente expressivo de postos de trabalho, que se estendem por um leque diferenciado de profissionais de saúde, viabilizando grande absorção de mão-de-obra.

O desenho das políticas e a configuração dos orçamentos públicos, com maiores ou menores compromissos com o setor saúde, são, também, definidores da capacidade de geração de emprego. Vale dizer que o modelo de gestão e a participação estatal são elementos determinantes na geração de empregos por parte do setor saúde.

Sem dúvida, ao lado de todos os outros atributos sistêmicos das políticas estruturantes da atenção básica, ela significa uma grande alternativa para a geração de empregos pelo setor saúde, frente a todos os limitantes de ordem financeira e orçamentária que se colocam ao Sistema Único de Saúde e ao conjunto do setor saúde brasileiro.

Referências Bibliográficas

BAHT, Vasanthakumar N. Health systems performance: a statewide analysis. In: Journal of Health Care Finance, Summer 2003.

FAVERET, A. C. (2002) Federalismo Fiscal e Descentralização no Brasil: o Financiamento das Políticas de Saúde na Década de Noventa e Início dos Anos 2000, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, (Tese de Doutorado)

GETZEN, T. E. Health economics: fundamentals and flow of funds. John Wiley & Sons, Inc., 1997.

IRIART, C.; Merhy, E. E.; Waitzkin, H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. In: LISBOA, Marcos et al. Política Governamental e Regulação do Mercado de Medicamentos. Social Science & Medicine, v. 52, 2001. (www.fazenda.gov.br não mais disponível).

LESSA, C., S. Dain, C. Salm & L. T. Soares, (1997) “Pobreza e política social: a exclusão nos anos 90”. In: Praga - Estudos Marxistas, São Paulo, n. 3, p. 63-87.

MENDES, E. V. (2001) Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II,.

<http://www3.who.int/whosis/country/compare.cfm?country=can&indicator=strPcTotEOHinIntD2000&language=english>