

Anselmo Luís dos Santos¹Marcelo Manzano²André Krein³

Heterogeneidade da distribuição dos profissionais de saúde no Brasil e a pandemia Covid-19⁴

RESUMO

O presente artigo analisa a distribuição dos profissionais de saúde no Brasil e suas implicações para o enfrentamento da Covid-19. Por um lado, destaca-se que as disparidades na distribuição regional dos profissionais da saúde constituem um dos aspectos mais preocupantes da atual estrutura do sistema nacional de saúde. Por outro lado, observa-se que, graças à amplitude e descentralização do Sistema Único de Saúde, aquelas disparidades são em parte atenuadas pela rede pública, compensando a escassez relativa de serviços privados de saúde nas unidades da federação com menor renda *per capita*. Observou-se também que, frente aos riscos das atividades de atendimento à saúde relacionados à conjuntura pandêmica, a intensidade da jornada de trabalho, bem como a incidência de adoecimentos entre os profissionais se deram em maior escala entre os trabalhadores de nível médio, revelando maiores riscos e insegurança entre aqueles que já possuem as ocupações mais precárias e com menores rendimentos.

Palavras-chave

Covid-19; Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS); Sistema Único de Saúde (SUS); Profissionais da Saúde; Desequilíbrios regionais.

ABSTRACT

The paper analyses the distribution of health professionals in Brazil and its implications for the fight against COVID-19. On the one hand, it stresses that disparities in the regional distribution of health professionals constitutes one of the most worrisome aspects of the national health system current structure. On the other hand, it points that thanks to the extent and decentralization of the Unified Health System those disparities are partly mitigated by the public network, compensating the relative scarcity of private health services in lower per capita income states. It is observed that in the face of the risks of health care activities related to the pandemic conjuncture, the extended working hours and the incidence of sickening among health professionals occurred mostly among mid-level workers, revealing greater risks and insecurity among those with more precarious and lower-paid occupations.

Keywords

Covid-19; Health Economic-Industrial Complex (HEIC), Unified Health System (SUS); Health professionals; Regional imbalances.

1. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e-mail: anselmocesit@gmail.com

2. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e-mail: manzano1968@gmail.com

3. Universidade de Coimbra (UC, Portugal), e-mail: andrehkrein@gmail.com

4. Este artigo conta com apoio financeiro da Fiocruz por meio do projeto "Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0". As opiniões expressas refletem a visão dos autores.

Introdução

A crise sanitária e econômica que se abateu sobre o mundo no início de 2020 alcançou o Brasil em momento particularmente difícil. Depois da profunda recessão de 2015/2016, que fez o produto interno bruto (PIB) *per capita* contrair 11% e jogou cerca de 7 milhões de trabalhadores no desemprego, a persistência da política de austeridade fiscal impediu que tivesse início uma recuperação cíclica da atividade econômica mais intensa, como costuma ocorrer após períodos recessivos. Entre os entraves para a retomada, o principal parece ter sido a manutenção da política de austeridade fiscal iniciada em 2015 e reforçada em dezembro de 2016 com a aprovação da Emenda Constitucional n. 95, conhecida como lei do Teto de Gastos.

Desde então, sem os motores privados do consumo e do investimento – ambos contraídos pelos efeitos da recessão sobre a renda e sobre o crédito – os limites legais para a expansão do gasto público não apenas constituíram um freio à recuperação da demanda agregada, como fizeram contrair as despesas federais com as políticas sociais, notadamente com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, se por um lado essa condução da política econômica impediu um processo de retomada mais substantivo e comprometeu o adequado financiamento da oferta de bens e de serviços públicos, por outro lado há que se salientar que a estrutura e a amplitude do SUS brasileiro, para além de seus benefícios imediatos em termos de acesso à saúde em um país de dimensões continentais como o Brasil, constitui-se como um anteparo relevante para evitar efeitos ainda mais danosos de crises sanitárias como a da Covid-19 e vem cumprindo um papel de grande relevância para compensar a brutal desigualdade estrutural que caracteriza a sociedade brasileira.

É a partir desse contexto, até certo ponto contraditório, marcado por fragilidades estruturais da condição periférica da economia brasileira, por circunstâncias conjunturais de graves repercussões socioeconômicas, mas também pela construção virtuosa de um sistema de saúde de grande efetividade, que nos propomos a investigar alguns aspectos preliminares da crise sanitário-econômica que se instaurou a partir da pandemia Covid-19, notadamente de suas relações com o segmento do mercado de trabalho dedicado mais diretamente aos serviços de saúde. Antes, cabe assinalar que os impactos da pandemia sobre o mercado de trabalho do chamado Complexo

Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) devem repercutir em múltiplas dimensões no médio e longo prazo, por exemplo, alterando o peso dos trabalhadores do CEIS na estrutura regional das ocupações, a depender da frequência e da amplitude dos setores constituintes do CEIS em cada unidade da federação ou região e da dinamização ou não desses setores a partir da pandemia.

1. Profissionais dos serviços de saúde e desigualdades regionais

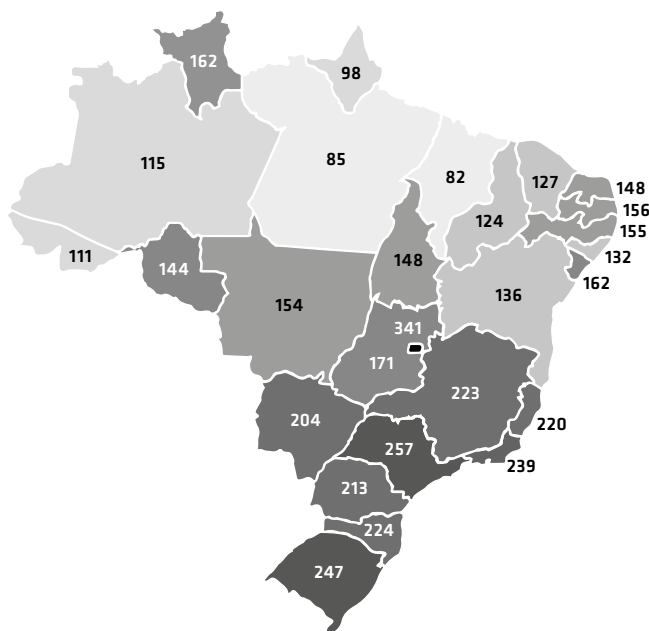
A propagação do número de casos e de mortes decorrentes da Covid-19 tem se dado de maneira diferenciada entre as regiões e estados do país, variando de acordo com o ritmo e a forma de adoção de medidas de isolamento social, do fluxo de turistas internacionais, das condições de saneamento, das desigualdades sociais, da estrutura do mercado de trabalho, dos leitos de UTI e equipamentos disponíveis, entre outros fatores. Contudo, há uma questão fundamental nessa diferenciação e que demarca uma desigualdade regional crítica: a desproporção na distribuição dos trabalhadores da saúde disponíveis para atender os pacientes infectados pelo coronavírus.

De acordo com dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), do Ministério da Saúde, e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua/IBGE), é possível observar uma distribuição claramente desigual dos profissionais da saúde no país, em favor das regiões mais ricas – notadamente o Sudeste, o Sul e o Distrito Federal – e em prejuízo do Norte e do Nordeste. No caso dos médicos, embora em termos nacionais o número de profissionais por mil habitantes possa ser considerado satisfatório na comparação com outros países,⁵ é bastante expressiva a desigualdade na distribuição regional desses profissionais. Como pode ser observado no Gráfico 1, em março de 2020, as unidades da federação que se destacavam pela maior concentração de médicos eram o Distrito Federal,

5. De acordo com o estudo *Demografia Médica do Brasil 2018* (SCHEFFER *et al.*, 2018) o país registra uma taxa de 2,1 médicos por mil habitantes, em patamar similar ao de países como Coreia do Sul, Japão, México ou Turquia e um pouco abaixo de países como EUA, Reino Unido e Canadá, cujas taxas se aproximam de 2,7. Entretanto, deve-se salientar que particularmente no Sistema Único de Saúde ainda se verifica uma insuficiência absoluta de médicos.

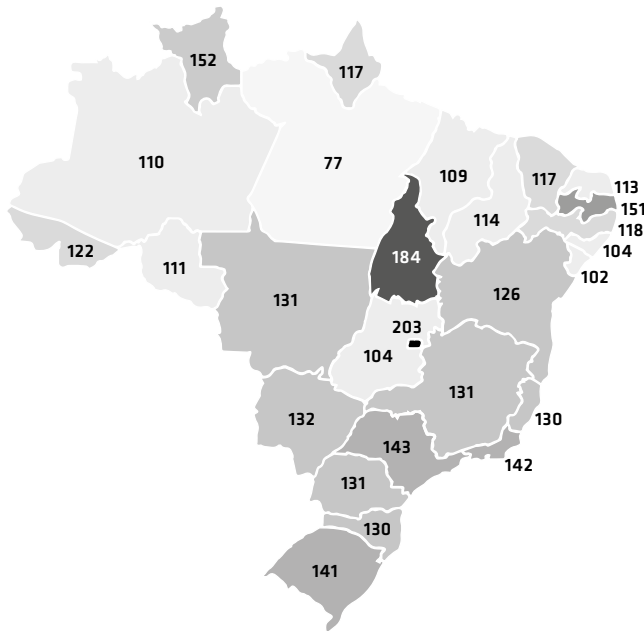
com 341 médicos para cada 100 mil habitantes; o estado de São Paulo, com 257 médicos; e o Rio Grande do Sul, com 247 médicos. De outro lado, os estados com menor número de médicos por 100 mil habitantes eram o Maranhão, com 82 médicos; o Pará, com 85 médicos; e o Amapá, com 98 médicos.

Gráfico 1 | Número de médicos a cada 100 mil habitantes (Brasil, março de 2020)



Fonte: CNES/Ministério da Saúde e PNADC/IBGE.

Quando analisado o número de enfermeiros a cada 100 mil habitantes, observa-se uma distribuição regional um pouco menos desigual, mas ainda acentuada. Apesar de o Distrito Federal se repetir como a unidade da federação com maior número desses profissionais, com 203 enfermeiros a cada 100 mil habitantes, o segundo lugar passa a ser o estado de Tocantins, com 184 enfermeiros, e o terceiro lugar passa a ser o estado de Roraima, com 152 enfermeiros. Os estados com menor número de enfermeiros foram o Pará, que contava com apenas 77 ocupados para cada 100 mil habitantes, seguido do estado de Sergipe, com 102, e de Goiás e Alagoas, com 104 enfermeiros cada (Gráfico 2).

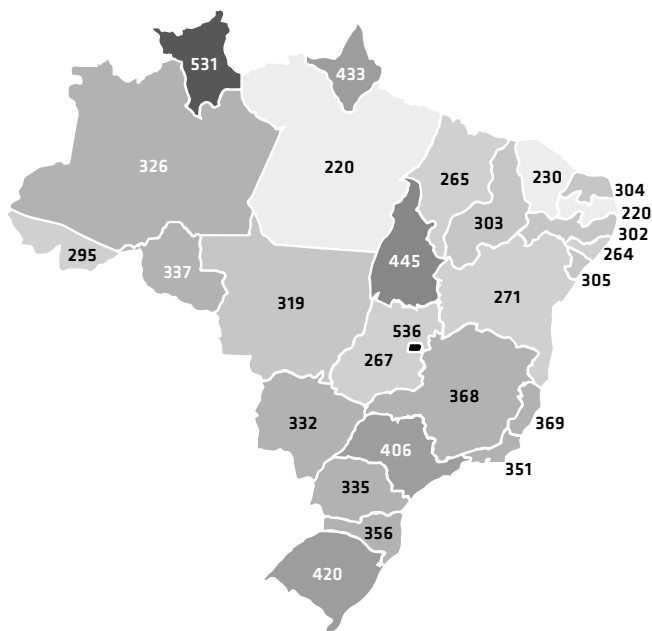
Gráfico 2 | Número de enfermeiros a cada 100 mil habitantes (Brasil, março de 2020)

Fonte: CNEs/Ministério da Saúde e PNADC/IBGE.

Como nos casos anteriores, o Distrito Federal também contava com a maior concentração de técnicos e auxiliares de enfermagem em março de 2020, com 536 desses profissionais a cada 100 mil habitantes. Roraima aparece em segundo lugar, com 531, e Tocantins em terceiro, com 445. No outro extremo encontra-se o Pará, com somente 220 ocupados, seguido pelo Ceará, com 230, e pela Paraíba, com 220 técnicos e auxiliares de enfermagem para cada 100 mil habitantes (Gráfico 3).

Observa-se, portanto, que a clara tendência de maior concentração do número de médicos nos estados mais ricos da federação não se aplica da mesma maneira para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Embora as regiões mais pobres sejam as que contêm os estados com o menor número de profissionais em todas as áreas, essas regiões também possuem alguns estados com elevados contingentes de profissionais de enfermagem de nível superior e médio, bem como de auxiliares.

Gráfico 3 | Número de técnicos e auxiliares de enfermagem por 100 mil habitantes (Brasil, março de 2020)



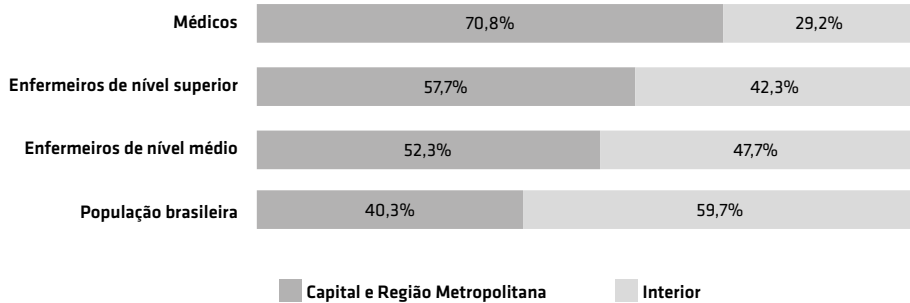
Fonte: CNES/Ministério da Saúde e PNADC/IBGE.

Após um primeiro momento, em que os casos da Covid-19 se concentraram principalmente nas grandes cidades receptoras de turistas e de viajantes internacionais, começou a ocorrer a interiorização do vírus via propagação nacional, se espalhando das capitais e de grandes centros para as cidades menores e do interior do país.

Também nesse caso, a desproporção entre o número de habitantes e a presença de profissionais de saúde é preocupante. De acordo com a Pnad Contínua do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no primeiro trimestre de 2020, enquanto 40,3% da população brasileira se concentrava em capitais ou regiões metropolitanas, 59,7% estava localizada no interior dos estados. Essas proporções destoam da distribuição dos profissionais de saúde (IBGE, 2020). Como se observa no Gráfico 4, do total de médicos no país, 70,8% estavam nas capitais ou regiões metropolitanas e apenas 29,2% em cidades do interior. Já entre os enfermeiros de nível superior, essas pro-

porções eram de 57,7% e 42,3% respectivamente, e entre os enfermeiros de nível médio, de 52,3% e 47,7%.⁶

Gráfico 4 | Proporção de profissionais da saúde por localização (Brasil, 1º trimestre de 2020)



Fonte: Microdados PNAD Contínua Trimestral/IBGE. Elaboração própria.

De fato, a situação mais aguda é registrada no Nordeste, onde as capitais e regiões metropolitanas, apesar de abrigarem apenas 33,9% da população, concentravam 83,7% dos médicos e 62,4% dos enfermeiros de nível superior. Na região Norte a distribuição segue padrão semelhante: enquanto 39,2% da população estava nas capitais ou regiões metropolitanas, 81,4% dos médicos e 61,7% dos enfermeiros de nível superior concentravam-se nessas localidades. Já na região Sul, a desproporção entre capital e interior é menos intensa: com 70,2% da população vivendo no interior dos estados, sendo que os profissionais de saúde praticamente se distribuem em proporções iguais entre capitais e cidades do interior (Tabela 1).

6. Os dados da PNAD Contínua utilizados se referem somente ao trabalho principal e não ao trabalho secundário ou demais trabalhos. Um médico, por exemplo, pode ter como ocupação principal a administração de um hospital ou alguma atividade de ensino, não sendo contabilizado como médico nesses casos. Importante ressaltar também que, por ser uma pesquisa amostral, os números divulgados pela PNAD Contínua de trabalhadores em cada ocupação não são exatos e podem ser distintos dos números divulgados pelos conselhos federais de cada profissão ou pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

TABELA 1 | Proporção de profissionais de saúde por capital e região metropolitana ou interior e grandes regiões (Brasil, 1º trimestre de 2020)

Região	Médicos		Enfermeiros de nível superior		Enfermeiros de nível médio		População brasileira	
	Capital e RM	Interior	Capital e RM	Interior	Capital e RM	Interior	Capital e RM	Interior
Norte	81,4%	18,6%	61,7%	38,3%	57,2%	42,8%	39,2%	60,8%
Nordeste	83,7%	16,3%	62,4%	37,6%	52,1%	47,9%	33,9%	66,1%
Sudeste	71,0%	29,0%	55,0%	45,0%	55,2%	44,8%	47,2%	52,8%
Sul	49,9%	50,1%	49,9%	50,1%	37,9%	62,1%	29,8%	70,2%
C.O.	74,4%	25,6%	70,8%	29,2%	56,3%	43,7%	46,0%	54,0%
Brasil	70,8%	29,2%	57,7%	42,3%	52,3%	47,7%	40,3%	59,7%

Fonte: Microdados Pnad Contínua Trimestral/IBGE. Elaboração própria.

As profundas desigualdades regionais aqui salientadas fazem parte de um problema histórico do país. Já houve no Brasil diversas iniciativas por parte do poder público para estimular a alocação de profissionais de saúde em regiões mais afastadas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) em 1976, o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) em 1993, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) em 2001 e o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (ProvaB), que a partir de 2011 começou a recrutar profissionais de saúde para atuarem em áreas vulneráveis. Contudo, nenhum desses programas teve a amplitude e o alcance do Programa Mais Médicos, de 2013, que em menos de um ano após sua implementação conseguiu alocar 14.462 médicos em 3.785 municípios (OLIVEIRA *et al.*, 2015, p. 627). Por influência do programa, de março de 2013 a setembro de 2014 foi reduzido em 53,5% o número de municípios com escassez de médicos na Atenção Primária à Saúde, saindo de 1.200 para 558 cidades, com prioridade para as regiões com menores índices de médicos por município (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015, p. 3.549). Em 2020, apesar de o governo federal ter anunciado a substituição do programa Mais Médicos pelo programa Médicos pelo Brasil, foram ainda lançados editais para o Mais Médicos, inclusive de caráter emergencial, para o enfrentamento à Covid-19.

Apesar dos avanços na última década, principalmente devido ao programa Mais Médicos, as desigualdades regionais permanecem significativas. No contexto da pandemia esse cenário assume maiores proporções, pois embora a concentração do número de profissionais

em grandes centros urbanos possa ser compreendida em parte pela própria lógica de organização do sistema de saúde, esse quadro merece atenção devido à restrição e à dificuldade de acesso a esses profissionais em situações que exigem rápido atendimento, como ocorre em muitas situações, especialmente nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste.

2. Serviços de saúde e o SUS

As dificuldades e desigualdades de atendimento médico não se resumem apenas à localização dos profissionais e equipamentos de saúde,⁷ mas também à condição de acesso a eles. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em março de 2020 havia no país 47,1 milhões de pessoas cobertas por planos privados de assistência médica e, portanto, um contingente de 163,2 milhões de pessoas que dependem exclusivamente do SUS, o equivalente a 77,6% dos brasileiros. Por outro lado, de acordo com o CNES, 74% dos médicos, 86,5% dos enfermeiros e 85,5% dos técnicos e auxiliares de enfermagem faziam algum tipo de atendimento no SUS. Isso significa uma cobertura extensa e com uma proporção muito próxima da população SUS-dependente (Gráfico 5).

Já quando analisada a proporção de profissionais que atuam em estabelecimentos da administração pública, observa-se uma diferença significativa em relação àqueles que atuam no SUS, com apenas 46,1% dos médicos, 66,7% dos enfermeiros e 59,5% dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Esses dados indicam duas questões fundamentais. Em primeiro lugar, muitos profissionais de saúde, principalmente médicos, possuem múltiplos vínculos de trabalho, podendo trabalhar tanto no setor público quanto no setor privado concomitantemente.⁸ Assim, profissionais que constam como trabalhadores de estabelecimentos da administração pública podem também trabalhar em outros estabelecimentos, bem como profissionais que constam como trabalhadores de outros estabelecimentos podem também trabalhar em estabelecimentos da administração pública. Em segundo lugar, contudo, há também uma importante fração de profissionais de saúde que se vinculam ao SUS, mas que atuam em serviços

7. Sobre a desigualdade na distribuição de equipamentos de saúde, ver Mota (2020).

8. Sobre múltiplos vínculos de trabalho na área da saúde, ver Sheffer *et al.* (2015).

de saúde que não são da administração pública, incluindo entidades sem fins lucrativos e empresas privadas, em claro indicativo da extensão do sistema único para além das instituições públicas ou estatais (Gráfico 6). Essa interconexão entre o setor público e privado constitui, hoje, um dos principais meios de precarização do trabalho na área da saúde, notadamente via processos de terceirização e pejetização. Ainda que a verba de financiamento venha do Estado, se a administração for realizada por organizações sociais (OSs), empresas privadas, consórcios públicos, organizações de sociedade civil de interesse público (Oscips), cooperativas ou consórcios de sociedade, a forma de manejo da força de trabalho, os direitos estabelecidos, os rendimentos e os padrões de segurança não são orientados pelos mesmos princípios da administração pública, sendo em regra muito inferiores.⁹

Gráfico 5 | Proporção de profissionais da saúde por atendimento no SUS
(Brasil, março de 2020)

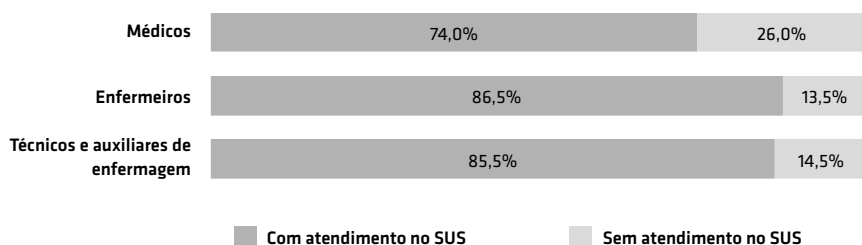
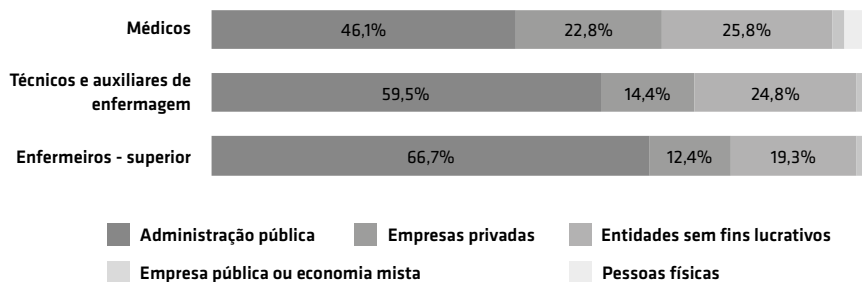


Gráfico 6 | Proporção de profissionais da saúde por natureza jurídica do estabelecimento de atuação (Brasil, março de 2020)



9. Sobre privatização, terceirização e precarização do trabalho na saúde ver Andreazzi e Bravo (2014) e Druck (2016).

Ainda no que tange àquela relação entre profissionais que atuam no SUS e aqueles que se vinculam apenas ao setor privado de saúde, cabe assinalar os desequilíbrios que se manifestam de forma bastante expressiva em algumas unidades da federação. Conforme se pode observar nas tabelas 2 e 3, as unidades da federação (UFs) das regiões mais ricas do país e que se caracterizam por maior renda domiciliar *per capita* são frequentemente aquelas que concentram o maior número de profissionais de saúde como um todo e, muitas vezes, são também as que registram maior quantidade de profissionais atuando no SUS por 100 mil habitantes. Uma análise preliminar, utilizando os recursos cromáticos das duas tabelas mencionadas, permite notar desde logo como as regiões Norte e Nordeste, que reúnem as UFs com patamares de renda domiciliar *per capita* abaixo da média nacional, são justamente aquelas nas quais se encontram as menores ofertas de profissionais de saúde – seja no SUS ou nos serviços privados –, notadamente daqueles de nível superior (médicos e enfermeiros).

Um exemplo notório e emblemático dessa desproporção é o caso do Distrito Federal, cuja renda *per capita* domiciliar supera em 86% a média nacional, que registra não apenas a maior concentração por 100 mil habitantes de médicos (218), enfermeiros (203) e pessoal de nível técnico (490) atuando no SUS, como o mesmo se dá em relação a médicos (123), enfermeiros (47) e pessoal de nível técnico nos serviços privados (175).

Por outro lado, uma análise mais pormenorizada desses dados permite também observar que, a despeito da distribuição regional dos profissionais de saúde, principalmente médicos, ainda ser muito desigual, em favor das UFs mais prósperas, o percentual de profissionais de saúde atuando no SUS é significativamente maior nos estados do Norte e do Nordeste e relativamente baixo nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e no Distrito Federal.

Ou seja, mesmo que em termos absolutos persistam inequívocos desequilíbrios em relação à distribuição de médicos vinculados ao sistema público, o SUS é um fator que contribui de forma importante para suprir o desequilíbrio ainda maior que se verifica na distribuição dos profissionais que atuam nos serviços privados de saúde.

Tabela 2 | Distribuição regional dos profissionais do setor de serviços da saúde de nível superior (Brasil, março de 2020)

Grande Região	UF	Nível Superior									Renda mensal domiciliar (2019)** Em R\$
		Todos	Médicos					Enfermeiros			
			Todos	Atuando no SUS	Saúde Priv	Todos	Atuando no SUS	Saúde Priv			
P/ 100 mil hab.	P/ 100 mil hab.	P/ 100 mil hab.	em % do total	P/ 100 mil hab.	P/ 100 mil hab.	P/ 100 mil hab.	em % do total	P/ 100 mil hab.			
Centro-Oeste	DF	811	341	218	63,9%	123	203	156	76,8%	47	2.685,76
	GO	491	171	130	76,1%	41	104	96	92,6%	8	1.306,31
	MS	585	204	169	83,0%	35	132	120	90,9%	12	1.514,31
	MT	485	154	104	67,4%	50	131	113	86,4%	18	1.402,87
	TO	594	148	130	87,5%	19	184	180	97,9%	4	1.055,60
Norte	AC	388	111	100	90,1%	11	122	117	95,8%	5	889,95
	AM	350	115	97	84,5%	18	110	103	93,6%	7	842,08
	AP	408	98	91	92,8%	7	117	114	97,5%	3	879,67
	PA	274	85	70	81,7%	16	77	74	95,6%	3	806,76
	RO	463	144	117	81,3%	27	111	102	92,2%	9	1.136,48
	RR	539	162	155	96,1%	6	152	148	97,2%	4	1.043,94
Nordeste	AL	458	132	116	87,6%	16	104	99	95,2%	5	730,86
	BA	437	136	109	80,0%	27	126	119	93,9%	8	912,81
	CE	411	127	99	77,9%	28	117	101	85,7%	17	942,36
	MA	317	82	71	86,2%	11	109	105	97,1%	3	635,59
	PB	540	156	136	87,1%	20	151	148	98,2%	3	928,86
	PE	432	155	133	86,2%	21	118	111	94,6%	6	970,11
	PI	423	124	112	90,8%	11	114	111	97,4%	3	826,81
	RN	456	148	124	83,8%	24	113	108	95,1%	6	1.056,59
	SE	449	162	134	82,8%	28	102	98	96,1%	4	979,78
Sul	PR	599	213	152	71,1%	62	131	115	87,8%	16	1.620,88
	RS	642	247	194	78,7%	53	141	128	91,0%	13	1.842,98
	SC	629	224	160	71,4%	64	130	117	89,9%	13	1.769,45
Sudeste	ES	580	220	151	68,5%	69	130	108	83,0%	22	1.476,55
	MG	614	223	160	71,6%	63	131	112	85,8%	18	1.357,59
	RJ	583	239	167	69,8%	72	142	115	81,1%	27	1.881,57
	SP	630	257	178	69,4%	78	143	110	77,1%	33	1.945,73
Brasil		539	197	146	74,0%	51	129	112	86,5%	17	1.438,7

Fonte: * Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), Data de referência: 1 mar. 2020.
 ** IBGE - PNADC.

Tabela 3 | Distribuição regional dos profissionais do setor de serviços da saúde de nível técnico e qualificação elementar (Brasil, março de 2020)

Grande Região	UF	Profissionais no Setor de Serviços da Saúde*								Renda mensal domiciliar (2019)**
		Nível Técnico				Qualificação Elementar				
		Todos	Atuando no SUS		Saúde Priv	Todos	Atuando no SUS		Saúde Priv	
		P/ 100 mil hab.	P/ 100 mil hab.	em % do total	P/ 100 mil hab.	P/ 100 mil hab.	P/ 100 mil hab.	em % do total	P/ 100 mil hab.	Em R\$
Centro-Oeste	DF	665	490	73,7%	175	646	313	48,5%	332	2.685,76
	GO	321	288	89,8%	33	489	447	91,5%	42	1.306,31
	MS	383	342	89,3%	41	679	634	93,4%	45	1.514,31
	MT	375	321	85,5%	55	643	572	89,0%	71	1.402,87
	TO	500	479	95,9%	21	760	738	97,1%	22	1.055,60
Norte	AC	359	341	95,0%	18	715	679	95,0%	36	889,95
	AM	402	367	91,2%	35	735	659	89,7%	76	842,08
	AP	506	490	96,8%	16	525	507	96,5%	18	879,67
	PA	251	231	91,9%	20	472	444	94,0%	28	806,76
	RO	403	365	90,5%	38	655	594	90,8%	60	1.136,48
	RR	624	600	96,2%	24	665	642	96,6%	23	1.043,94
Nordeste	AL	312	288	92,3%	24	561	523	93,3%	38	730,86
	BA	316	291	91,9%	26	537	508	94,5%	30	912,81
	CE	269	237	88,0%	32	527	494	93,7%	33	942,36
	MA	305	288	94,4%	17	596	568	95,3%	28	635,59
	PB	303	293	96,4%	11	537	513	95,6%	24	928,86
	PE	349	317	90,8%	32	449	419	93,4%	30	970,11
	PI	344	324	94,2%	20	542	524	96,7%	18	826,81
	RN	357	339	94,7%	19	598	575	96,2%	23	1.056,59
SE	353	334	94,7%	19	604	581	96,1%	24	979,78	
Sul	PR	381	334	87,7%	47	448	406	90,7%	41	1.620,88
	RS	468	411	87,8%	57	440	388	88,2%	52	1.842,98
	SC	405	346	85,3%	60	497	434	87,2%	63	1.769,45
Sudeste	ES	438	335	76,5%	103	644	538	83,6%	106	1.476,55
	MG	441	370	83,8%	71	593	518	87,4%	75	1.357,59
	RJ	423	325	76,9%	98	445	402	90,4%	43	1.881,57
	SP	474	364	76,8%	110	447	373	83,4%	74	1.945,73
Brasil		400	337	84,3%	63	514	458	89,1%	56	1.438,7

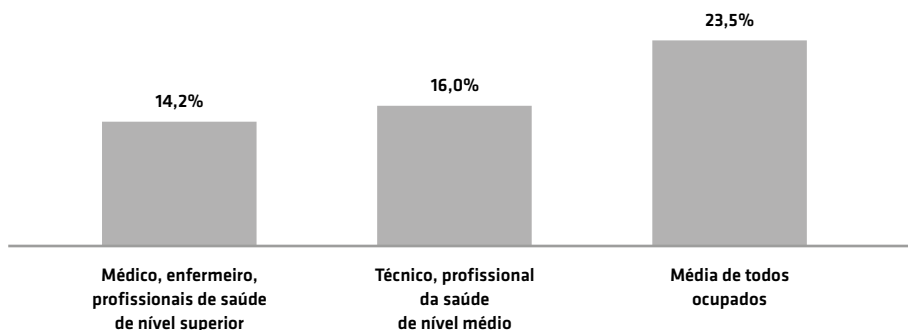
Fonte: * Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Data de referência 1 mar. 2020.

** IBGE - PNADC.

3. Afastamento de profissionais dos serviços de saúde na pandemia

De acordo com a Pnad Covid19,¹⁰ os profissionais dos serviços de saúde tiveram uma taxa de afastamento temporário do trabalho no mês de maio muito inferior à média de todos os ocupados no país. Enquanto 14,2% dos médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde de nível superior e 16,0% dos técnicos e demais profissionais de saúde de nível médio se afastaram temporariamente do trabalho no mês de maio de 2020, a média nacional do afastamento de todas as ocupações foi de 22,3% (Gráfico 7).

Gráfico 7 | Proporção de ocupados que estavam afastados temporariamente do trabalho na semana anterior à semana de referência (Brasil, maio de 2020)

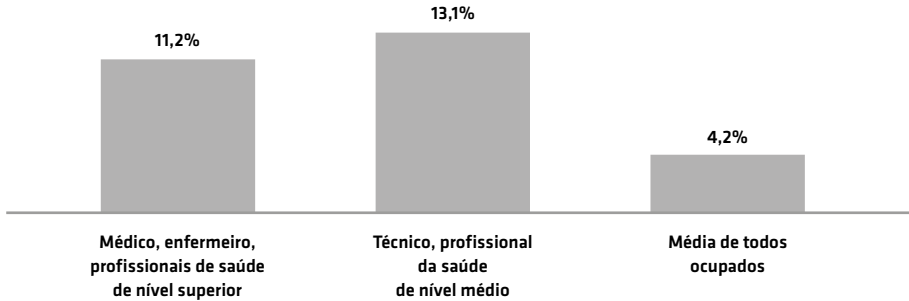


Fonte: Microdados Pnad Covid19/IBGE. Elaboração própria.

A grande maioria dos ocupados no Brasil que se afastaram do trabalho no período o fez por motivo de quarentena ou isolamento social. Contudo, entre os ocupados que se afastaram por motivo de saúde, os profissionais dos serviços de saúde pertenciam ao grupo com maiores índices. Enquanto a taxa média de afastamento por motivos de saúde de todos os ocupados no país entre os que se afastaram foi de 4,3% em maio, a taxa entre os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde de nível superior foi de 11,2%, e a entre os técnicos e demais profissionais de saúde de nível médio foi de 13,1% (Gráfico 8).

¹⁰ O IBGE afirma que as estatísticas da Pnad Covid19 são classificadas como experimentais e devem ser usadas com cautela, pois são estatísticas novas que ainda estão em fase de teste e sob avaliação. Além disso, por se tratar de pesquisas diferentes, com metodologias e estruturas diferentes, os dados da Pnad Covid19 não podem ser comparados aos dados da Pnad Contínua em uma mesma série histórica.

Gráfico 8 | Proporção de ocupados afastados por motivo de saúde em relação ao total de ocupados afastados na semana anterior à semana de referência (Brasil, maio de 2020)



Fonte: Microdados Pnad Covid19/IBGE. Elaboração própria.

Esse quadro indica, primeiramente, que os profissionais dos serviços de saúde foram mais requisitados no período e se afastaram menos do trabalho do que a média das demais ocupações. Em segundo lugar, indica também que muitos profissionais dos serviços de saúde adoeceram e tiveram que se afastar por motivos de doença, com uma taxa muito acima da média total dos trabalhadores do país. Importante observar também que os profissionais dos serviços de saúde de nível médio adoeceram mais e se afastaram mais do trabalho por motivo de saúde do que os profissionais de serviços de saúde de nível superior, sinalizando uma maior propensão de contágio e adoecimento para esse conjunto de trabalhadores em decorrência da Covid-19.

Outro aspecto relevante a se destacar é que além de os profissionais dos serviços de saúde estarem entre os que menos se afastaram do trabalho, eles também estavam entre os que menos tiveram diminuição da jornada de trabalho. Segundo a Pnad Covid19, os médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde de nível superior costumavam trabalhar em média 40,4 horas por semana normalmente, e na semana anterior à de referência da pesquisa trabalharam em média 30,5 horas, ou seja, 75,5% da jornada habitual. Os técnicos e demais profissionais de saúde de nível médio costumavam trabalhar em média 40,0 horas por semana habitualmente, mas na semana anterior à semana de referência da pesquisa trabalharam 32,5 horas em média, ou ainda 81,3% do normal. Para efeito de comparação, a média de horas habitualmente trabalhadas por semana entre todos os ocupados era de 39,6 horas, e na semana anterior à semana de referência da pesquisa esse número caiu para 27,4 horas, equivalendo a 69,2% do habitual (Tabela 4).

Apesar de ambos os conjuntos de ocupações selecionados possuírem jornada efetiva acima da média nacional e sua diminuição ter sido menor no período, os técnicos e demais profissionais de saúde de nível médio diminuíram menos suas horas trabalhadas relativamente em relação aos de nível superior, indicando uma maior demanda por esses trabalhadores. Essa situação pode ajudar a entender inclusive os dados apresentados no Gráfico 8, que apontam um maior afastamento por motivo de saúde entre esses profissionais de nível médio.

Tabela 4 | Média de horas trabalhadas habitualmente por semana e trabalhadas efetivamente na última semana por ocupações selecionadas na área dos serviços de saúde (Brasil, maio de 2020)

Posição na ocupação/Horas	Habitual	Efetivo	E/H
Médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde de nível superior	40,4	30,5	75,5%
Técnicos e demais profissionais de saúde de nível médio	40,0	32,5	81,3%
Todos ocupados	39,6	27,4	69,2%

Fonte: Microdados Pnad Covid/IBGE. Elaboração própria.

4. Ocupados no setor industrial e de comércio do CEIS

Para além dos ocupados no setor de serviços de saúde que atuam diretamente no atendimento aos pacientes, é importante destacar algumas características e tendências das ocupações e dos ocupados na produção e no comércio de remédios, produtos farmacêuticos e equipamentos de saúde. Esse destaque se deve ao entendimento de que esses trabalhadores também são extremamente importantes para o combate à Covid-19, bem como para a melhora do sistema de saúde em geral. Isso se dá não somente pelo desenvolvimento econômico puxado por esse setor, que se torna cada vez mais necessário, mas também pelo papel estratégico do setor e pela influência na capacidade do país de responder aos anseios e necessidades da população na área de saúde, principalmente em uma época de pandemia, na qual o comércio mundial é afetado.¹¹

11. Para um melhor entendimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) e seu papel estratégico, ver Gadelha (2003) e Gadelha e Temporão (2018).

De acordo com a Relação Anual de Informações Sociais (Rais), houve um crescimento de 7,4% do número de ocupados na fabricação de medicamentos e equipamentos de saúde de 2012 a 2018, saindo de 145 mil trabalhadores para 155,7 mil. Esse crescimento foi maior que o aumento do número total de ocupados no país, de apenas 3,2%. É preciso salientar, contudo, que em 2018 o número de trabalhadores na produção da área de saúde permanecia bastante baixo, representando apenas 0,3% dos empregados formais do país e por volta de 0,2% do total de ocupados no Brasil (ver Tabela 5).

Tabela 5 | Empregados registrados no segmento industrial do CEIS, por classe da CNAE 2.0 - atividades selecionadas (Brasil, 2012 a 2018)

Atividades/Ano	2012	2014	2016	2018	12-18
Fabricação de prod. farmoquímicos	5.784	5.230	5.114	4.966	-14,1%
Fabricação de medicam. p/ uso humano	79.022	87.136	86.094	83.280	5,4%
Fabricação de preparações farmacêuticas	3.474	1.342	1.759	3.392	-2,4%
Fabricação de ap. eletrom. e eletrot. e equip. de irradiação	5.218	5.577	4.765	5.492	5,3%
Fabricação de inst./mat. p/ uso médico, odont. e de art. ópticos	51.490	58.897	56.503	58.574	13,8%
Total produção saúde	144.988	158.182	154.235	155.704	7,4%
Total empregados formais Brasil (Rais - 31/12)	47.458.712	49.571.510	46.060.198	46.631.115	-1,7%
Total ocupados Brasil (PNADC/4ºT)	89.856.814	92.396.401	89.871.362	92.736.430	3,2%
Participação produção/ Total empregados formais (Rais)	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	-
Participação produção /total ocupados (PNADC)	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	-

Fonte: Rais/Secretaria de Trabalho/Ministério da Economia e PNADC/IBGE. Elaboração própria.

Também entre os ocupados na comercialização de medicamentos e equipamentos de saúde observa-se um aumento no período analisado, saindo de 589 mil para 711,1 mil trabalhadores, um crescimento de 20,7%. Em 2018, esses trabalhadores representavam 1,5% dos empregados formais e cerca de 0,8% do total de ocupados no país (Tabela 6).

Tabela 6 | Empregados registrados no segmento de comércio do CEIS, por classe da CNAE 2.0 - atividades selecionadas (Brasil, 2012 a 2018)

Atividades/Ano	2012	2014	2016	2018	12-18
Comércio at. de produtos farmac. p/ uso humano/vet.	59.911	64.438	65.886	69.231	15,6%
Comércio at. de inst/mat. p/ uso méd./ciurg./orto./odont.	35.432	41.080	41.259	44.447	25,4%
Comércio at. de máq./apar./equi. p/ uso odont-médico-hosp.	9.395	10.702	9.929	10.147	8,0%
Comércio va. de prod. farmacêuticos p/ uso humano/vet.	399.928	442.512	473.777	493.580	23,4%
Comércio va. de artigos médicos e ortopédicos	22.398	22.320	19.772	20.027	-10,6%
Comércio va. de artigos de óptica	61.910	69.196	70.931	73.700	19,0%
Total comércio saúde	588.974	650.248	681.554	711.132	20,7%
Total empregados formais Brasil (Rais - 31/12)	47.458.712	49.571.510	46.060.198	46.631.115	-1,7%
Total ocupados Brasil (PNADC/ 4ºT)	89.856.814	92.396.401	89.871.362	92.736.430	3,2%
Participação comércio/ total empregados formais (Rais)	1,2%	1,3%	1,5%	1,5%	-
Participação comércio/ total ocupados (PNADC)	0,7%	0,7%	0,8%	0,8%	-

Fonte: Rais/Secretaria de Trabalho/Ministério da Economia e PNADC/IBGE. Elaboração própria.

Ou seja, além de em 2012 haver quatro vezes mais trabalhadores no comércio do que na produção de remédios e equipamentos de saúde, de 2012 a 2018 essa diferença foi ampliada. Apesar da possibilidade de haver uma maior incorporação de tecnologias substitutivas de força de trabalho e processos de concentração produtiva que aumentam a produtividade do setor, essa tendência observada nesses segmentos do mercado de trabalho do CEIS sugere também que pode estar ocorrendo um processo de substituição da produção nacional de medicamentos e de equipamentos de saúde por bens importados de outros países.

5. Recomendações de políticas públicas

Considerando o referido quadro de desequilíbrio da distribuição regional de profissionais de saúde e seus impactos negativos sobre a eficácia do sistema nacional de saúde, especialmente em momentos de grave crise sanitária, cabe sugerir algumas medidas que não só ajudariam a mitigar as disfuncionalidades observadas atualmente no sistema, como também contribuiriam para seu aperfeiçoamento em direção ao cumprimento dos princípios norteadores do SUS: universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e participação social.

Em primeiro lugar, tendo em vista a indesejável correlação entre renda domiciliar *per capita* e oferta de profissionais de saúde pública, e ainda a concentração de serviços hospitalares nas regiões mais ricas do país e nos polos metropolitanos, seria de suma importância incrementar a oferta de profissionais de saúde na atenção primária (médicos, enfermeiros, técnicos, agentes de saúde, entre outros), bem como oferecer-lhes melhores condições de trabalho e recursos materiais para que possam intensificar as ações de atenção primária, conforme apontado por Regina Daumas e outros pesquisadores (DAUMAS *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020).

Em segundo lugar, seria bastante oportuno acelerar a adoção de medidas que estimulem o atendimento remoto em saúde, em especial no que diz respeito à atenção primária.¹² Há um amplo conjunto de tecnologias vinculadas ao que se convencionou chamar de indústria 4.0, notadamente no campo da medicina diagnóstica, que se desenvolveram aceleradamente nos últimos anos e que constituem ferramenta relevante para reduzir as assimetrias de acesso ao sistema de saúde num país de dimensões continentais e de elevada desigualdade social e regional como o Brasil.

Em terceiro lugar, pensando em medidas de maior fulcro e com efeitos mais estruturantes, vale recuperar a defesa de profissionais do sistema público de saúde – já presente nas proposições da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e ratificada pelas sucessoras – do estabelecimento de uma carreira única nacional para os profissionais do SUS, definindo um piso salarial nacional e implementando uma carreira de Estado que garantisse incentivos de exclusividade e interiorização. Uma me-

12. Sobre o tema das tecnologias de atendimento remoto nos serviços de saúde, veja o estudo do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2020). Para uma lista sintética de procedimentos remotos possibilitados pelas novas tecnologias de informação, veja Greenhalgh, Koh e Car (2020).

dida com essa configuração, referendada pelos respectivos conselhos nas três instâncias federativas e que pudesse inclusive avançar para um modelo regional de gestão, seria de grande auxílio no enfrentamento das desigualdades regionais – especialmente daquelas relativas à atenção primária –, na medida em que contribuiria para a fixação mais duradoura dos profissionais nas *regiões de saúde* mais longínquas e/ou com populações com maior dependência do sistema público (CAMPOS, 2018).

Em quarto lugar, tanto para a melhoria do sistema de saúde quanto para a expansão econômica do país, observa-se a necessidade cada vez mais impreterível de se desenvolver um Complexo Econômico-Industrial da Saúde robusto e completo no Brasil levando em consideração as inovações tecnológicas da indústria 4.0. Para além dos aspectos econômicos – uma vez que o Brasil historicamente possui déficit na balança comercial do CEIS –, o desenvolvimento interno dessa área permite uma maior disponibilização desses produtos e equipamentos e, consequentemente, um melhor atendimento de saúde à população. A necessidade desse complexo fica ainda mais evidente em momentos de crise econômica e principalmente sanitária, em que a oferta dos produtos e insumos no mercado mundial é restringida, encarecendo e dificultando, quando não impedindo, suas importações. Além disso, esses avanços são fundamentais para a geração de empregos e para melhorias qualitativas das ocupações, direta e indiretamente ligadas ao CEIS e para o conjunto da estrutura ocupacional brasileira.

Por fim, cabe destacar que as desigualdades de acesso à saúde, abarcando profissionais, equipamentos e medicamentos, são também reflexos das desigualdades sociais provocadas pela forma de organização socioeconômica da sociedade brasileira, em que a população nas regiões mais pobres, tanto em nível de bairros quanto de cidades e estados, possui maior propensão de adoecimento e também maior limitação no acesso à saúde.¹³ Dessa forma, de um ponto de vista estrutural, é imperativo que sejam implementadas políticas de combate às desigualdades sociais – entre as quais muitas estão associadas a melhorias das formas de inserção no mercado de trabalho – para que se possa também enfrentar o problema das desigualdades na área da saúde de maneira realmente efetiva.

13. Sobre desigualdades sociais, desigualdades regionais e saúde, ver Neri e Soares (2002) e Albuquerque *et al.* (2017).

6. Considerações finais

Apesar da proximidade temporal em relação ao início da ocorrência da Covid-19 no Brasil e de seus efeitos sobre a sociedade e a economia brasileira ainda estarem em curso, procurou-se aqui dar relevo a alguns aspectos mais expressivos dos nexos da pandemia com o mercado de trabalho do CEIS, notadamente o setor de serviços de saúde, o qual, por razões evidentes, constitui o segmento mais criticamente impactado até o momento.

Nesse sentido, as disparidades na distribuição regional dos profissionais da saúde, em favor das unidades da federação com maior renda domiciliar *per capita* média e das capitais de estado desponta como um dos traços mais preocupantes da atual estrutura do sistema nacional de saúde e, conseqüentemente, de sua capacidade de oferecer respostas adequadas à população brasileira. Por outro lado, como procuramos demonstrar, graças à amplitude do SUS, sua estrutura descentralizada e sua lógica de funcionamento tripartite, com responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios, aquela desigualdade espacial observada na distribuição de profissionais de saúde é em parte atenuada, com o setor público compensando a relativa escassez de serviços privados de saúde nos estados com menor renda *per capita* e, conseqüentemente, menos atrativos para esse tipo de empreendimento.

Em outra dimensão de análise, graças aos dados já produzidos e disponibilizados pela Pnad Covid19, pudemos também observar que os profissionais de saúde que atuam diretamente nos serviços de saúde do país têm sido afetados de forma mais acentuada pela doença, seja porque estão cumprindo carga horária superior à média da população ocupada, seja porque apresentam maior percentual de afastamento por motivos de saúde. Além disso, analisando os diferentes grupos ocupacionais que compõem o setor de saúde, identificou-se que a intensidade da jornada de trabalho, bem como a incidência de adoecimentos se dá em maior escala entre os profissionais de nível médio e, com menor intensidade, entre aqueles de nível superior (médicos e enfermeiros), revelando maiores riscos e insegurança para aqueles que já possuem as ocupações mais precárias e com menores rendimentos dentro do setor de serviços de saúde.

A partir dessas conclusões, fica cada vez mais evidente a necessidade de implementação de um conjunto de políticas públicas para enfrentar a necessidade de elevar a oferta de profissionais de saúde, considerando importantes aspectos como aqueles associados aos problemas regionais – num país de dimensões continentais e mercado

por fortes desigualdades –, e melhorar em várias dimensões as condições de trabalho, considerando também os novos requerimentos de formação e qualificação profissional relacionados às importantes mudanças produtivas, organizacionais e tecnológicas, e que são de extrema relevância para o fortalecimento do CEIS com as atualizações colocadas pelos impactos da Indústria 4.0.

Referências

- ALBUQUERQUE, M. V. de *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017.
- ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, set./dez. 2014.
- CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.
- CDC. Centres for Disease Control and Prevention. Outpatient and ambulatory care settings: responding to community transmission of Covid-19 in the United States. Publicado em: 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ambulatory-care-settings.html>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. *Enfermagem em números*. (Base de dados). 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: maio 2020.
- DAUMAS, R. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, e00104120, 2020.
- DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.
- GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.
- GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1891-1902, 2018.
- GREENHALGH, T.; KOH, G.; CAR, J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*, 2020; 368:m1182. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Pnad Contínua*. (Base de dados). Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: maio 2020.
- MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36 n. 8, 2020.

- MOTA, E. Norte e Nordeste têm defasagem de leitos de UTI em relação às outras regiões do país. *Edgard Digital*, UFBA, Salvador, 17 abr. 2020. Disponível em: <http://www.edgardigital.ufba.br/?p=16657>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, suppl. S77-S87, 2002.
- OLIVEIRA, F. P. *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], v. 19, n. 54, p. 623-634, 2015.
- ROSSI, P.; MELLO, G. Choque recessivo e a maior crise da história: a economia brasileira em marcha à ré. *Nota do CECON*, n. 1, abril 2017. Campinas, SP: CECON/IE/Unicamp. Disponível em: https://www3.eco.unicamp.br/images/arquivos/NotaCecon1_Choque_recessivo_2.pdf.
- SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.
- SCHEFFER, M. *et al.* (Coord.). *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.
- SCHEFFER, M. *et al.* (Coord.). *Demografia médica no Brasil 2018*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020.

