

**As Transformações no Perfil da Força de
Trabalho do Setor de Saúde no Brasil**

Rosana de Fátima Oliveira Pedrosa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO DE ACESSO À MONOGRAFIA DE DISSERTAÇÃO

Considerando a natureza das informações e compromissos assumidos com suas fontes, o acesso à monografia do Mestrado em Administração da Universidade Federal de Pernambuco é definido em três graus:

- “Grau 1”: livre (sem prejuízo das referências ordinárias em citações diretas e indiretas);
- “Grau 2”: com vedação a cópias, no todo ou em parte, sendo, em consequência, restrita a consulta em ambientes de biblioteca com saída controlada;
- “Grau 3”: apenas com autorização expressa do autor, por escrito, devendo, por isso, o texto, se confiado a bibliotecas que assegurem a restrição, ser mantido em local sob chave ou custódia.

A classificação desta monografia se encontra abaixo definida por seu autor.

Solicita-se aos depositários e usuários sua fiel observância, a fim de que se preservem as condições éticas e operacionais de pesquisa científica na área da Administração.

Título da Monografia: As Transformações no Perfil da Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil

Nome da Autora: Rosana de Fátima Oliveira Pedrosa

Data da Defesa: 28 de fevereiro de 2003

Classificação, conforme especificação acima:

Grau 1

Grau 2

Grau 3

Recife, 18 de junho de 2003.

Assinatura da autora

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Mestrado em Administração

As Transformações no Perfil da Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil

Rosana de Fátima Oliveira Pedrosa

Dissertação apresentada para
obtenção do grau de mestre em
administração

Recife, 2003

Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Curso de Mestrado em Administração

As Transformações no Perfil da Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil

Rosana de Fátima Oliveira Pedrosa

Dissertação submetida ao corpo docente do Curso de Mestrado em Administração da Universidade Federal de Pernambuco em 28 de fevereiro de 2003.

Banca Examinadora:

Prof^a. Danielle Cireno Fernandes, Ph.D (Orientadora – UFMG)

Prof^a. Lúcia Maria Góes Moutinho, Doutora (Examinadora externa – UFPB)

Prof. Jorge Alexandre Neves, Ph.D (Examinador Interno – UFPE)

Agradecimentos

A minha mãe e meu irmão, pelo incentivo, apoio e paciência.

À CAPES, pelo suporte financeiro.

À Professora Danielle Fernandes, pelos esclarecimentos e orientação que tornaram possível a elaboração deste trabalho.

Ao professor Jorge Alexandre Neves, pela disponibilidade em esclarecer dúvidas, fornecendo indicações importantes para a realização desta pesquisa.

Aos colegas da turma VII do Curso de Mestrado em Administração da UFPE, em especial Karla Theonila, Katya Melo, Luciana Holanda e Mônica Carvalho, pela amizade e ajuda constante.

Às minhas amigas Ana Paula Vasconcelos e Cláudia Albuquerque, pela paciência, estímulo e colaboração.

A Hélio Calado, pelas contribuições.

A Irani Vitorino, pela atenção e importante suporte administrativo.

Resumo

Este trabalho discute as transformações ocorridas no perfil da força de trabalho do setor de saúde no Brasil, no início da década de 1990, tendo como foco a qualificação desses profissionais e sua empregabilidade. Assim, inicialmente são mostrados dados históricos da área de saúde brasileira, da mudança organizacional e seus aspectos mais importantes. Em seguida, são apresentadas as novas exigências do mercado de trabalho para a manutenção do emprego formal, tomando como base as teorias do Capital Humano, Pós-Fordismo e de Análise de Classes de Wright e as demais abordagens teóricas referentes ao tema. São exibidos os aspectos da metodologia de base quantitativa, que fez uso de dados secundários da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) do Brasil, de 1988 e 1996, o que permitiu uma análise longitudinal visando esclarecer as transformações ocorridas no perfil dos profissionais da área de saúde no período.

Na análise estatística, vários modelos foram testados a partir daqueles estabelecidos pelas hipóteses, revelando não haver efeito positivo da escolaridade ao longo dos anos, sobre empregabilidade, ocupação de cargos de chefia ou retorno salarial para os profissionais que as ocupam. A pesquisa indicou que existe um maior investimento em escolaridade, o que provavelmente se deve a exigências do mercado por profissionais mais qualificados do que realmente exigem os cargos a serem ocupados, como forma de diminuir os gastos com qualificação de mão-de-obra.

Abstract

The aim of this study is to discuss transformations suffered by the health hand labor in Brazil, in the beginning of 90 years, by the point of view of worker's qualification and their employability. First historic health Brazilian data are shown, then the organizational change and its more important points. Later the news demand of labor market to keep he formal jobs, based on Human Capital, Post-Fordism and Wrigth analyze classes' theories and other points of view about the subject. This work is a quantitative research that used secondary data of PNAD (National Research by model of residence) of Brazil, from 1988 to 1996, which allowed a longitudinal analysis, trying to explain the changes that happen to the workers of the health during this time. Results permitted to verify that by the years, there isn't a positive effect from worker's qualification over employability, to get a boss job or earn better salary to the ones that work in this kind of occupations. The conclusion of this study is that all the request for more worker's qualification seems to be just to economize money with trainings or courses to qualify them.

Sumário

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
1 Introdução	8
2 Objetivos	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 Justificativa	17
4 Fundamentação teórica	24
4.1 Mudança no ambiente organizacional	24
4.1.1 Tecnologia	28
4.2 Transformações na mão-de-obra	33
4.2.1 Qualificação	33
4.2.2 Empregabilidade	43
5 Hipóteses	51
6 Metodologia	52
6.1 Perguntas de pesquisa	52
6.2 Dados da pesquisa	52
6.3 População e amostra	53
6.4 Modelos e variáveis	55
6.5 Delineamento da pesquisa	58
7 Análise dos dados	59
8 Conclusões e sugestões	85
9 Referências bibliográficas	90
Anexos	99

1

Introdução

As transformações ocorridas no âmbito econômico, político, social, cultural, tecnológico, ecológico e demográfico têm determinado profundas mudanças nas organizações. Nesse contexto de economia globalizada, as empresas buscam se adaptar às mudanças e atender ao mercado, com clientes muito mais exigentes (PEREIRA, 2000). No Brasil, as mudanças técnico-organizacionais direcionadas ao trabalho resultam em estudos nos diversos campos das ciências sociais sobre as relações entre trabalho, qualificação e educação (principalmente a formação profissional), pesquisando questões relativas ao trabalho humano e às suas metamorfoses (MANFREDI, 1998).

Shirley (1976) afirma que o processo de mudança organizacional depende do surgimento de forças relacionadas à empresa, as quais são classificadas como exógenas ou endógenas à organização. A mudança exógena decorre de novas tecnologias, novas opções ou restrições do ambiente ou mudanças em valores da sociedade, pressões ambientais quanto às suas estruturas e práticas, já que esses fatores determinam a necessidade de mudança organizacional interna. A mudança endógena reflete a busca de mudança interna conscientemente planejada para que afete o menos possível as estruturas e os comportamentos existentes na organização.

O ramo de atividade de cada organização estabelece os graus de eficiência e adequação às exigências sociais determinando as estratégias de ação. Sendo assim, as

organizações do setor de saúde sofrem pressões do ambiente físico e social em que estão inseridos, quanto às suas estruturas e práticas. A incorporação de novos valores e regras no contexto em que a empresa está inserida gera a necessidade de mudança organizacional para atender a essa demanda (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA e FERNANDES, 1999).

Para Posthuma (1999), a crise na política atual tem demonstrado dramaticamente a vulnerabilidade dos governos nacionais a pressões externas e o conseqüente impacto destas no emprego. Subseqüentemente, a redução ou o refluxo de investimentos e a retração dos mercados produzem uma reação em cadeia de crescimento desacelerado e perda de empregos em várias regiões. A autora reforça ainda que, durante os anos 90, surgiram tendências de deslocamento do trabalho: setorial, ocupacional e regional. De acordo com Crawford (1994), haverá um crescimento no nível de empregos na área de serviços: de computadores, comunicações, saúde, educação, empresariais e lazer, ocasionando um aumento do nível de geração de empregos e multiplicação do número de empresas do setor.

A partir da promulgação da Constituição de 1988, e com a Lei Orgânica da Saúde - 8080/90, houve a incorporação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) ao Ministério da Saúde, sendo criado o Sistema Único de Saúde – SUS, financiado pelas ações assistenciais médicas da Previdência Social, por meio do conceito de Seguridade Social, que determinou a descentralização do atendimento, reformando assim a saúde no Brasil. Entende-se por Sistema Único de Saúde (SUS) o conjunto de serviços privados e públicos, que em 1991 atendeu 75% das internações brasileiras e é direcionado a todos, sem distinção (BUSS e LABRA, 1995). O SUS se restringe às atividades dos órgãos e instituições públicas ou contratadas pelo setor público. O setor privado voluntário fica, assim, restrito à regulação de suas instituições

mantenedoras ou, no caso das empresas comerciais e seguradoras, à regulação do Ministério da Fazenda, por intermédio da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, ou do Ministério da Previdência Social, no caso das entidades fechadas de previdência e assistência (LOBATO, 2001).

Nesse período, a principal estratégia de mudança foi a Reforma Sanitária, que representou forte influência na formulação das políticas de saúde do Brasil, nessas três últimas décadas, e que se transformou em um processo social e político, como um conjunto articulado de intervenções com o objetivo de construir novas propostas para a área de saúde (COHN, apud GUIMARÃES, 2001). Após o ano de 1990, essas questões legais foram regulamentadas, estruturando o novo sistema e seu funcionamento, com ênfase principalmente na regulação das transferências de recursos do nível federal para os Estados e Municípios. No conjunto desses dispositivos, constam a criação de instâncias de decisão colegiadas (as Conferências e Conselhos de Saúde - Estaduais e Municipais) para o exercício do controle social em relação à saúde, por meio da participação de representantes da sociedade nas decisões relativas à implementação do SUS (GUIMARÃES, 2001). Entretanto, nesse mesmo período, os recursos federais destinados à saúde diminuíram, sem que os Estados e Municípios equilibrassem tais perdas, mantendo um sistema de saúde deficiente (PEREIRA, 2000).

Essa área em estudo precisa ainda de uma articulação efetiva do conhecer e fazer, o que pressupõe uma grande personalização dos seus processos (NOVAES, 2000), pois a tecnologia, a exemplo da microeletrônica, cria uma nova maneira de produzir, tornando algumas profissões obsoletas e outras altamente valorizadas, exigindo qualificações distintas das atuais e determinando o surgimento de novas ocupações, já que modifica a própria natureza do trabalho por conta das inovações tecnológicas (MARQUES, 1997). Esse setor é um grande usuário de equipamento de alta tecnologia: para diagnóstico,

sobrevivência, sistemas de administração e tecnologias de cura e ou prevenção, que exigem atualização constante dos seus profissionais para manuseio dessa tecnologia e melhoria da produtividade (CRAWFORD, 1994).

Observa-se ainda a grande necessidade de se identificar as prioridades da saúde brasileira, por não existirem suficientes informações previamente disponíveis, além de seus recursos financeiros serem restritos. Dessa forma, para atender às inovações que vêm ocorrendo, exige dos seus recursos humanos, pouco qualificados e em menor número, um aprendizado rápido para adaptação a contextos em mudança.

No início do século XX, a área era representada pelo médico, que possuía o perfil de generalista, e a ciência era vista como arte, já que a relação médico-paciente era individualizada e direta. Foi a época do “médico da família”. Esse profissional identificava a origem da dor, prescrevia medicamentos e operava, se fosse o caso, sem a ajuda de terceiros ou o aparato tecnológico, já que os exames em laboratório eram dispensáveis. Recentemente, o perfil médico passou por um progressivo processo de especialização e precisão técnica, ressaltando a responsabilidade de cada profissional no processo de tratamento e cura, sendo necessário participar de extensos treinamentos atendendo a currículos padronizados, com muitas etapas e exigências (PEREIRA NETO, 2000). Observa-se então que o crescimento e sofisticação das demandas, associados à oferta crescente de serviços decorrentes do desenvolvimento tecnológico, exigem aprimoramento dos profissionais, refletindo na qualidade dos serviços prestados à população (SANTANA e CHISTÓFARO, 2001).

A execução de tarefas na área de saúde impõe um ritmo acelerado e intenso de trabalho devido às várias e inesperadas solicitações dos clientes/pacientes, o que ocasiona um volume excessivo de tarefas para um quadro de pessoal geralmente insuficiente para dar conta da demanda (LIMA JÚNIOR e ÉSTER, 2001). Para atender a esse ambiente com

ritmo acelerado, os funcionários precisavam receber treinamento permanente para interagir de forma adequada com pessoas doentes e seus familiares estressados pelo sofrimento (GONÇALVES, 1998), além de desenvolver continuamente técnicas e aprimorar os processos de trabalho pelos quais são responsáveis (ROBBINS, 1999). Além disso, um maior conhecimento quanto à técnica, divisão de tarefas e da organização em que trabalha permitirá uma melhor adaptação do profissional ao ambiente de trabalho (LIMA JÚNIOR e ÉSTHER, 2001).

A partir de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, foram criadas as instituições públicas hospitalares para tratamento de doenças infecto-contagiosas (febre amarela, cólera, varíola, escarlatina, etc.), que necessitavam de notificação oficial e isolamento, conforme o artigo 2612 do Decreto Lei 14.354, ampliando assim o serviço médico, que era restrito ao atendimento/tratamento domiciliar, em consultórios e estabelecimentos privados, utilizados apenas pelos clientes de posse (BRASIL, apud PEREIRA NETO, 2000). Inicialmente, esse atendimento hospitalar era exclusivo para as classes menos favorecidas e foi o responsável pela implantação do tratamento médico por vários profissionais especializados, dispostos hierarquicamente, associados aos recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento. Estava assim implantado o trabalho em equipe na área de saúde, composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos, atendentes, auxiliares, etc.

Para Peduzzi (2001a), o trabalho dos médicos criou a técnica científica moderna, dando origem a outros trabalhos especializados que possibilitam atendimento amplo à saúde. Tais trabalhos diferem tecnicamente e também quanto à valorização social, já que existem algumas profissões que são superiores a outras, e há relações hierárquicas de subordinação entre os profissionais.

O Ministério da Saúde brasileiro, juntamente com as Secretarias estaduais e municipais, tem promovido cursos gratuitos profissionalizantes, reconhecidos pelo MEC, com duração de um ano, para formação de atendentes (antigos auxiliares) e técnicos em enfermagem. O Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem (PROFAE) corresponde a uma ação do governo federal para qualificar, formalmente, os profissionais que já possuem experiência prática na área, tendo como exemplo o cargo de atendente, extinto pela legislação brasileira, cujo projeto primeiro é qualificá-lo para auxiliar de enfermagem. Medidas como essa impulsionam o processo de transformação e inovação, por meio da educação profissional, buscando atender às demandas de qualificação de mão-de-obra que estão surgindo, permitindo assim a manutenção do emprego. Por outro lado, o Sindicato dos profissionais da área de enfermagem é muito forte, estabelecendo salários dos qualificados ou não, devido à escassez de profissionais no mercado.

A gerente de Capacitação e Tecnologia do SEBRAE/Minas, Mara Veilt, considera que a educação é ponto básico para a obtenção da excelência nos serviços de saúde e que apenas por meio dela é possível mudar postura e comportamento necessários ao sucesso organizacional (INFORMATIVO DOS HOSPITAIS, 2000).

Dessa maneira, o mercado de trabalho passa a exigir dos profissionais de saúde uma

boa formação técnica, atualização permanente, formação humanística, conduta ética e moral e conhecimento das implicações do exercício profissional, para que se mantenha estável e bem situado no atual mercado competitivo (BARSANTE, 2000, p. 2).

Devido à carência de mão-de-obra especializada; salários baixos quanto ao tipo de atividade e responsabilidade que possuem; tudo isso associado à jornada de trabalho em regime de escala obriga os profissionais dessa área em estudo a assumir mais de um

vínculo empregatício, buscando melhoria da renda, mas de forma bastante cansativa e estressante (LIMA JÚNIOR e ÉSTHER, 2001). Tal fato tem determinado a migração de empregados, antes com cargos específicos, para autônomos prestadores de serviço, assim como para determinadas regiões, buscando pólos em crescimento, onde são maiores as ofertas de trabalho.

Para o presidente do Sindicato dos Hospitais de Pernambuco (SINDHOSPE), Sr. Mardônio Quintas,

O polo médico é o único *cluster* (pólo) consolidado do Estado (PE) cuja demanda de emprego é maior que a oferta. Desde a sua consolidação, há cerca de dez anos, já foram gerados 12 mil empregos na área médica e 67 mil nas áreas administrativas e afins. Surgem novas vagas nos setores administrativos, enfermagem, técnico, cozinha, áreas de esterilização e limpeza, levando profissionais a buscarem uma colocação na área de saúde, que atualmente oferece melhores vantagens em relação às demais (GALDINO, 2001, p. 1).

Este fato tem ocorrido na área de saúde de Pernambuco, que, seguindo o exemplo de São Paulo, já é considerado o segundo pólo médico do país (VIAMEDICO, 2002) e, de acordo com os dados do SINDHOSPE, contabiliza 417 hospitais, com um total de 8,2 mil leitos e 178,2 mil internações por ano, só na sua capital, Recife. Além disso, a rede hospitalar pernambucana revela-se bem equipada, com aparelhos modernos e caros, a exemplo dos 31 aparelhos de tomografia existentes na capital pernambucana (SPINELLI, 2002).

Por sua vez, o presidente do Sindicato dos Médicos de Pernambuco, Sr. Ricardo Portela, em visita ao Hospital Getúlio Vargas (HGV), da rede pública, afirmou que as próprias condições hospitalares revelam que existe carência de recursos humanos, e cerca de 10% dos equipamentos estão sem condição de uso (JC ON LINE, 1999b).

Visando entender melhor as mudanças que influenciaram a transformação dessa mão-de-obra, propõe-se que esta investigação seja baseada na pergunta central de

dissertação: quais as transformações ocorridas no perfil da força de trabalho da área de saúde brasileira no início da década de 1990?

No segundo capítulo, este estudo apresenta os objetivos geral e específicos da pesquisa realizada; no terceiro capítulo, expõem-se as justificativas da escolha do tema investigado e da evolução histórica da área de saúde no Brasil. O quarto capítulo destaca a fundamentação teórica, apresenta as mudanças no ambiente organizacional, ressaltando tecnologia e qualidade como os fatores de maior influência sobre as mesmas, e as transformações na mão-de-obra, enfatizando os conceitos de qualificação e empregabilidade e suas conseqüências para a manutenção do emprego formal sob a visão das Teorias Neoclássica e Estruturalista. No quinto capítulo, são reveladas as quatro hipóteses deste estudo; no sexto capítulo, detalha-se a metodologia utilizada, citando as perguntas de pesquisa, dados, população, amostra, definição das variáveis, modelos e o seu delineamento. No sétimo capítulo, são analisados os dados, e no oitavo capítulo são feitas conclusões e sugestões sobre o tema estudado. No nono e último capítulo, estão relacionadas as Referências Bibliográficas, seguidas pelo anexo.

2

Objetivos

2.1 Objetivo geral

Pesquisar quais os efeitos das transformações ocorridas no perfil da força de trabalho da área de saúde no Brasil no início da década de 1990.

2.2 Objetivos específicos

- a) Descrever as transformações ocorridas no início da década de 1990 na força de trabalho, sob o ponto de vista da qualificação e da empregabilidade.
- b) Estabelecer quais as exigências de qualificação para a manutenção da empregabilidade desses profissionais.
- c) Avaliar mudanças no efeito, no retorno do investimento em capital humano para as diferentes ocupações das organizações de saúde.

3

Justificativa

A área de saúde brasileira está sofrendo grandes transformações e tem-se expandido progressivamente, tornando-se um importante segmento de mercado, muito disputado no plano privado, revelando mais uma tendência econômica do que social ou política (TRALDI, 1997), e, devido a esse crescimento tem gerado novas oportunidades de emprego. Desse modo, este estudo busca analisar as transformações sofridas nessa força de trabalho no início da década de 1990.

O crescimento da área tem como fatores: o surgimento de novas doenças, ou o reaparecimento ou resistência de doenças antigas; o acesso a novas tecnologias; e tratamentos alternativos (TRALDI, 1997). Para Pereira Neto (2000), o especialista apresenta racionalidade científica, precisão do diagnóstico, aliado ao treinamento metódico e sistemático, assim como observação e experimentação.

Neste estudo são investigadas as novas exigências que esse cenário impõe à mão-de-obra e como a qualificação influencia na manutenção do emprego formal desses profissionais. A qualificação é aqui entendida como o investimento em capital humano, feito pelo profissional, o qual pode ser tanto treinamento formal quanto a experiência no trabalho.

A partir do ano de 1990, novos hospitais foram construídos e outros ampliados, além de ter sido desenvolvida uma infra-estrutura específica de serviços complementares,

com a construção de laboratórios, consultórios, hotéis e restaurantes próximos para atendê-los (GALDINO, 2001). Este estudo pesquisou aspectos relacionados ao crescimento da área de saúde brasileira e as transformações sofridas pela sua força de trabalho.

Este trabalho se propõe a contribuir com dados significativos, para que a área de saúde, tanto pública como privada, os utilize como subsídios para planejar futuras decisões estratégicas quanto aos profissionais da área, de forma a atender de maneira eficaz à crescente e exigente demanda de pacientes aos estabelecimentos da área de saúde. Além disso, esta pesquisa fornece elementos que aumentam o conhecimento teórico e empírico, podendo servir como referência para outros estudos acadêmicos, já que a área de saúde apresenta um sério problema de carência de informações sobre relações de trabalho.

Antes de expor as principais teorias sobre o tema deste estudo, faz-se necessário realizar uma análise da evolução histórica da área de saúde no Brasil, visando a uma melhor compreensão das modificações ocorridas durante o período da pesquisa.

A partir da década de 1970, a crise econômica e política existente no Brasil desencadeou muitas mudanças com conseqüências a curto e médio prazo sobre o mercado de trabalho, mudando o ritmo e a intensidade de geração de serviços (MÉDICI, MACHADO, NOGUEIRA et al, 1992). Houve uma forte expansão do mercado de trabalho em saúde, devido ao aumento de cobertura dos serviços e criação de modelos novos de medicina – Preventiva, Integral e Comunitária. A prestação de serviços na área de saúde é peculiar, pois não é feita com relação a objetos e sim com pessoas, que como consumidores/clientes têm influência no processo terapêutico, já que fazem parte dele (AMÂNCIO FILHO E MOREIRA, 1997). Durante essa época, existia uma bipolarização entre as atividades de Médicos e Atendentes de enfermagem (PEDUZZI, 1998b).

Buss e Labra (1995) afirmam que, a partir dos anos 1980, observou-se uma diminuição no índice de doenças imunopreviníveis, decorrente do bem-sucedido programa

de imunizações do Sistema Público de Saúde influenciando no surgimento de novas ocupações de profissionais de nível médio, ampliando assim a participação deles no mercado de trabalho formal, em detrimento das admissões de profissionais com escolaridade elementar. Ressalta-se que, a partir dessa década foi dada ênfase aos estudos sobre mercado de trabalho e profissões de saúde (NUNES, 2001).

No que se refere à mão-de-obra da área de saúde brasileira, observa-se ainda que a força de trabalho feminina ocupa 60% dos cargos, além de estar havendo um aumento do número de horas trabalhadas e multiempregos. No período de 1980 a 1990, houve um aumento da população economicamente ativa de 40 milhões, resultante do ingresso de jovens e mulheres no mercado de trabalho, incrementando a luta pela sobrevivência nos grandes centros urbanos (DUCHIADE, 1995).

O setor de saúde abrange 2,5 milhões de empregos no país e, se tirando os cargos administrativos, 60% deles são ocupados por duas categorias distintas: médicos e atendentes. Esta última é composta por profissionais com baixa qualificação, devido ao nível de escolaridade elementar que apresentam (BUSS e LABRA, 1995).

Foram criados os Programas de Ações Integradas de Saúde (AIS), agregando o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), o Ministério da Saúde e as Secretarias estaduais de saúde, criando uma rede pública unificada. Em 1985, profissionais do movimento sanitário assumiram postos importantes no INAMPS e no Ministério da Saúde, sedimentando assim o projeto da reforma sanitária (BUSS e LABRA, 1995).

Com a Constituição em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que representou a unificação dos subsistemas compostos pelo Ministério da Saúde, pelos Estados e Municípios. Essa estrutura incorporou os hospitais universitários do Ministério da Educação e as redes públicas e privadas conveniadas de saúde formando um sistema

com abrangência nacional. Essa Constituição determinou que a saúde é um dever do Estado e direito de todo o cidadão, descentralizando o atendimento, como parte da reforma do Estado brasileiro. Em 1989, o Brasil gastou 4,5% do seu Produto Interno Bruto em saúde, aproximadamente US \$ 18,8 bilhões, correspondendo em média a US \$ 135 por habitante por ano (MÉDICI, 2002; ARAÚJO, RIGI e GRADELA, 2002; e COSTA, 2002).

Nos anos 90, foram estruturados os serviços de saúde suplementar, diversificação dos grupos privados de saúde, com a formação de grandes conglomerados compostos pela criação de seguradoras, de empresas de transporte aéreo, terrestre e de cuidados domiciliares (BARJAS e DI GIOVANNI, 2001).

Em 1990, aproximadamente 4% da população economicamente ativa pertencia à área de saúde brasileira, indicando-a como fonte de emprego. Todavia, absorvia profissionais com baixa qualificação técnica. Nessa época, era constatada na equipe de saúde, uma diversificação das tarefas, tornando mais complexa a sua composição, revelando assim uma peculiar divisão de trabalho (PEDUZZI, 1998b). Além disso, tornou-se cada vez mais rápido o ritmo de atualização e inovação tecnológica, devido ao uso de tecnologias sofisticadas (GAMA, 2002). Durante essa época, a área de saúde brasileira revelou-se promissora, já que o mercado é de R\$ 35 bilhões ao ano, ou seja, 4,2% do Produto Interno Bruto (PIB), e representava uma taxa de crescimento de 12% ao ano, superior aos 10% do mercado americano e de 6% a 15% dos países do oeste europeu (Jornal do Sindicato dos Hospitais de São Paulo, nº 159, 1998). Ao todo, existiam 8 mil hospitais, 25 mil laboratórios e 17 mil clínicas em todo o país (NOVAES, 2000).

Segundo Buss e Labra (1995), no Brasil a distribuição de recursos é desigual, uma vez que se investe mais nas capitais dos Estados com maior população, naqueles considerados mais ricos e menos ainda nas zonas rurais. Esse procedimento também é

usado no que se refere à área de saúde. A Região Sudeste dispõe do dobro de leitos por habitante (4,34 por mil) em relação à Região Norte (apenas 2,12 por mil). Além disso, os profissionais de saúde também se encontram concentrados nas regiões mais desenvolvidas do país, ou seja, na Região Sudeste, que possui 42,6% da população e concentra 55% desses profissionais, enquanto o Nordeste que abriga 28,5% da população, dispõe apenas de 19,2% do total de médicos.

Como consequência dessa distribuição desigual de verba e profissionais, instalou-se o primeiro e maior centro médico brasileiro em São Paulo, a maior cidade do país, o qual possui equipamentos de diagnóstico, cirúrgico e de tratamento de última geração, e para onde migram as pessoas de posse e que precisam fazer procedimentos especializados. Nessa área, existe também uma concentração maior de instituições de ensino de profissões de saúde, assim como hospitais, clínicas, além de grandes centros de pesquisas científicas.

No Brasil, existem aproximadamente 50.000 estabelecimentos de saúde, sendo 26,4% na Região Nordeste, com grande parte desses serviços em Pernambuco, girando em torno de 2.000 estabelecimentos, sendo 300 hospitais públicos e privados; 54% destes encontram-se na Região Metropolitana, sendo 51 na Cidade do Recife. Nos locais de maiores concentrações populacionais, são oferecidas especialidades médicas diversas, fazendo uso de tecnologia sofisticada (GAMA, 2002), destacando-se as clínicas de diagnóstico por imagem e serviços de oftalmologia, cardiologia (NOVAES, 2000), assim como obstetrícia e hemodiálise (JC ON LINE, 2001). A utilização do telediagnóstico tem como principal aplicação o envio de resultados de exames em tempo real para outras unidades.

Pernambuco possui o segundo pólo médico do Brasil, localizado nos bairros de Boa Vista, Derby e Ilha do Leite, onde já existem instituições públicas, apresentando um

aumento na instalação de vários hospitais, clínicas e laboratórios da rede privada (LAGO, 2001), que contribuem em torno de 13% de ISS para a cidade do Recife. Esse pólo emprega 11 mil pessoas, gerando em média 5 empregos para cada leito existente, e tende a crescer com a utilização de novas tecnologias na infra-estrutura (Governo do Estado de Pernambuco On Line, 2002).

Durante o período de 1993 a 1997, a área de saúde cresceu de forma espontânea sem contar com grandes incentivos governamentais, e sim de grupos privados, aumentando a arrecadação de ISS em torno de 96,6% (BARROS e ROSENTHAL, 1999). Entretanto, é possível verificar que são significativas as diferenças salariais entre os profissionais de saúde, posto que os melhores são destinados aos médicos, seguidos pelos dentistas e os auxiliares de enfermagem são os que têm os salários mais baixos. Destaca-se o fato de que os salários de contratação de enfermeiros e pessoal de enfermagem cresceram 56% entre 1995 e 1999, enquanto dentistas e médicos tiveram aumentado os seus ordenados em torno de 60% (Panorama salarial '99, 1999). No final da década de 1990, o setor de saúde brasileiro movimentou em torno de R\$ 200 milhões, e o Ministério da Saúde lançou o PROF AE buscando melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo atendimento médico-hospitalar, por meio da profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Esse projeto, com investimento de U\$ 370 milhões dos fundos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Tesouro Nacional e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), terá uma duração de quatro anos. Além disso, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura dá suporte e cooperação técnica ao programa (PROFAE a, 2002). Os cursos oferecidos pelo PROF AE são Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, Complementação de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem para Técnico de Enfermagem e a Complementação do Ensino Fundamental. A preocupação com essa profissionalização deve-se a ao fato de 225 mil trabalhadores que

atuam na área de saúde e não possuem a qualificação necessária para o exercício da profissão. Existem 18% desses trabalhadores que não possuem nem o ensino fundamental completo, que é pré-requisito para o curso de Qualificação profissional. Sabe-se ainda que os atendentes de enfermagem (cargo a ser extinto), destinados apenas a serviços administrativos, geralmente são desviados para atividades de enfermagem, ocasionando exercício ilegal da profissão (PROFAE b, 2002).

No Brasil, esse mercado também se tem revelado promissor, sendo visto como o de maior crescimento e lucratividade nos últimos 10 anos, pois cada vez mais se elevam os preços de medicamentos e terapias.

Por apresentar uma equipe multidisciplinar, com alto grau de autonomia, para prevenir, curar e reabilitar pacientes, fazendo uso de tecnologias de ponta e representando uma missão importante para a sociedade, a área de saúde é muito complexa, tendo ainda a oferecer muitas oportunidades para estudos científicos (AZEVEDO apud GURGEL JÚNIOR e VIEIRA, 2002).

4

Fundamentação teórica

4.1 Mudança no ambiente organizacional

Independentemente de qualquer medida formal de tempo, muitas mudanças ocorrem e de maneira diferente em cada organização (WILSON, 1992). Dependem do momento, da realidade, da cultura à qual cada uma delas pertence, e variam conforme o ambiente em questão. Cada cultura determina parâmetros a serem seguidos, e o distanciamento deste, significa exclusão, isolamento e segregação. Cada organização necessita sobreviver e, para isso, molda-se às exigências contextuais em que vive. Métodos mais práticos ou analíticos na solução de problemas são utilizados com sucesso, mas a escolha depende dos objetivos que as empresas buscam atingir. Vale salientar que as organizações possuem culturas próprias, embora pertençam a uma mesma cultura social. Segundo Hickson e Pugh (1995), como cada cultura social depende da sua localização geográfica, instituição política, saúde econômica, estrutura social e crenças religiosas, existem tipos diversos, o que dificulta o intercâmbio de ciência, tecnologia, métodos e conhecimentos, pois cada uma delas aplica-os de forma diferenciada para atingir os resultados desejados. As descobertas, os avanços nos diversos campos da ciência

provocam transformações em todo o mundo. Existem várias teorias a respeito da transformação nas organizações e formas organizacionais que discutem as mudanças para as quais as empresas estão se direcionando. Enriquez (1999) afirma não ser possível separar as organizações da sociedade. Mesmo em momento lucrativo, devem-se buscar mudanças, antevendo-se as tendências do mercado de forma imaginativa e flexível. Somado a isso, ele ressalta ainda a importância de querer mudar a organização e superar desafios.

Nos anos 70, as transformações sociais, políticas, culturais, institucionais, que caracterizaram a passagem do modelo Fordista para o modelo Pós-Fordista repercutiram nas estruturas e processos das organizações (CARVALHO e SILVA, 2001).

Entende-se o Fordismo como sendo não apenas um sistema de gestão da produção, mas também um estilo de vida social, econômica e política, acarretando um modelo de desenvolvimento de acumulação capitalista (GRAMSCI apud BARROS, 2001), com uma clara separação entre criação e execução, voltado para a produção e consumo em massa, criado na *Ford Motor Company*, em 1913 (LARANJEIRA, 1997b). Nesse período, a organização do processo produtivo tinha como fatores básicos a divisão do trabalho e a especialização funcional, orientados pelos princípios Tayloristas (ASSIS, 2000), já que entre eles a racionalidade científica era entendida como o estudo de tempos e movimentos na execução de uma tarefa (LARANJEIRA, 1997a). No Fordismo, cabia ao trabalhador a mera execução de tarefas e a sua alienação à elaboração do processo produtivo.

Pós-Fordismo é a ruptura com o modelo Fordista, e o Neofordismo seria uma reinvenção do Fordismo. O Pós-Fordismo teve início com as empresas japonesas e buscou atender à exigência do mercado por uma produção mais flexível. Pastore (1994a) afirma que na sociedade Pós-Fordista tornou-se possível produzir muito com pouca mão-de-obra, em decorrência da revolução tecnológica na área de informática e automação, tendo ainda

como característica marcante a maior inserção do trabalhador no processo produtivo (LARANJEIRA, 1997 a). O setor de saúde sofreu fortes transformações em decorrência dessas mudanças.

Em meados dos anos 80 surge a medicina de grupo, e muitas empresas passam a contratar um novo tipo de organização privada de assistência médica para prestar serviços de saúde aos seus empregados. Esse novo sistema representa o convênio entre o Estado e os empresários, desenvolvendo a conhecida atenção médica supletiva (BUSS e LABRA, 1995).

A partir do ano de 1990, a principal mudança no cenário macroeconômico brasileiro foi a estabilização monetária. A rápida diminuição da inflação teve três conseqüências: 1) maior comparatividade entre os custos e os investimentos no tempo; 2) maior precisão nas estimativas dos fluxos monetários; 3) e melhores condições para o público em geral comparar salários, itens de consumo, produtos e serviços. Associado a isso, houve o aumento das importações, permitindo atualização tecnológica; ocorreu queda nas exportações, elevando a dívida do país, levando o Estado a aumentar mais os seus controles internos e ponderar quanto aos seus investimentos. No período do governo Collor, criou-se a Política Industrial e de Comércio Externo (PICE), de onde surgiram os programas da política de competitividade, o Programa de Apoio à Capacitação Tecnológica da Indústria Brasileira (PACT, 12/09/90), o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP, 07/11/90) e o Programa de Competitividade Industrial (PCI, 27/02/91) como conseqüências da inserção da economia brasileira na globalização. Sendo assim, os setores de prestação de serviço tiveram que estar preparados para enfrentar esse desafio (TRALDI, 1997).

Esse cenário passou a refletir uma economia aberta, com flexibilização dos monopólios, associada ao papel regulador do Estado (GONÇALVES e MACHADO-DA-

SILVA, 1999). Nesse período, surgiu no Brasil a preocupação em elevar, o até então baixo investimento em capital humano, surgindo assim as políticas públicas, tendo no PLANFOR (Plano Nacional de Qualificação do Trabalhador), o mais abrangente e importante programa público de treinamento de trabalhadores do país, cuja implementação ocorreu após 1990. Esse programa visou elevar a produtividade e os rendimentos dos trabalhadores menos qualificados, para combater a pobreza e a desigualdade no país (SILVEIRA NETO, 2002). Entretanto, estudos revelam que os objetivos do programa não foram atingidos satisfatoriamente, pois os cursos oferecidos não têm proporcionado a qualificação proposta.

Por outro lado, o Pós-Fordismo ocasionou mudanças nas organizações que tiveram que se tornar mais flexíveis, modificando os processos, modernizando as técnicas e forma de gestão para acompanhar a globalização da economia capitalista, buscando, dessa maneira, acompanhar o mercado de trabalho, a nova estrutura ocupacional e as qualificações profissionais (MANFREDI, 1998). As organizações de saúde têm buscado acompanhar essa tendência, preferindo admitir e manter nos seus quadros funcionais profissionais que também acompanhem tais mudanças, que possam estabelecer uma relação estreita com a competitividade do mercado, de vez que não basta mais ocupar um posto de trabalho, mas faz-se necessário participar ativamente da realização dos objetivos da empresa (DUBAR, 1998). Como reflexo dessa realidade, amplia-se a oferta para os profissionais devidamente preparados, renovando os quadros funcionais, resultando na profissionalização na área de saúde, por meio da qualificação dos trabalhadores e formação de novos profissionais para ingressarem no setor (SOUZA, 1997).

Entretanto, nem todas as organizações agem assim. Algumas implantam técnicas bem sucedidas nas demais, sem levar em conta as suas particularidades, estrutura, política, ambiente, cultura e estratégia, diferindo apenas na ordem e na forma de

implantação das novas técnicas, “as técnicas da moda”. Isso se deve à busca incontestável do aumento da lucratividade.

Entende-se lucratividade como um conceito amplo que envolve melhor desempenho ou eficiência, vez que as organizações têm como objetivo maior a concorrência no seu segmento de mercado, direcionando suas políticas, técnicas e procedimentos para atender às exigências dos consumidores. Tal pensamento assemelha-se ao de Kupfer apud Machado da Silva e Fonseca (1999).

Para que as empresas se mantenham saudáveis, competitivas, precisam melhorar seu desempenho. Além de adotar novas técnicas, ajustar procedimentos para se destacarem dos concorrentes, oferecendo produtos e serviços de melhor qualidade, preço e grau de diferenciação dos produtos, deverão também atender às exigências e pressões do seu ambiente, conforme afirma Haguenuer apud Machado da Silva e Fonseca (1999).

A importância de expor as mudanças organizacionais ocorridas na década de 1990 deveu-se ao fato de elas influenciarem diretamente as transformações de mão-de-obra, pois os profissionais precisam ser mais qualificados, aumentando o seu nível de escolaridade, para se manterem empregáveis nesse novo cenário, sendo esse o foco desta pesquisa.

4.1.1 Tecnologia

O uso da tecnologia tem sido bem diversificado, não ficando restrito apenas à área operacional com a automatização das tarefas.

Tecnologia pode ser definida, genericamente, como um conjunto de conhecimentos e informações organizados, proveniente de fontes diversas como descobertas científicas e invenções, obtidas através de diferentes métodos e utilizados na produção de bens e serviços. Na sociedade capitalista, tecnologia caracteriza-se por ser um tipo específico de

conhecimento com propriedades que o tornam apto a, uma vez aplicado ao capital, imprimir determinado ritmo à sua valorização... Chama-se tecnologia aos meios materiais (computador) e imateriais (programa de computador) (CORRÊA 1997, p. 250 - 255).

Essa mudança tem ocorrido também nos cargos administrativos, com o estabelecimento de uma rotina mais rígida imposta pelos *softwares* (tecnologias leves) implantados pelas organizações (POCHMANN, 2001). Na área de saúde, estão presentes no setor de elementos diagnósticos, de recursos terapêuticos e nos setores de apoio técnico, a exemplo dos equipamentos de diagnóstico por imagem. Além disso, estão em um movimento ininterrupto de inovação, afetando diretamente as novas tarefas realizadas no interior do posto de trabalho e nas novas técnicas de gestão da produção, que alteram substancialmente a organização das atividades (GONÇALVES, 1998). A busca do conhecimento para aperfeiçoar os métodos de gestão, diagnóstico, tratamento e reabilitação relacionados aos equipamentos biomédicos visa à redução de custos e atualização quanto à tecnologia de última geração, permitindo aos hospitais concorrerem com a entrada de grupos estrangeiros no país (TRALDI, 1997).

Os programas de computador fazem tarefas rotineiras, porém determinam também uma série de outras que precisam ser seguidas para que o sistema seja retroalimentado eficientemente, conforme afirma Braverman apud Clegg & Durkerley, (1990). Esta é a era do conhecimento globalizado, da disseminação rápida de informações, onde, supostamente, a tecnologia liberta o indivíduo de realizar ou supervisionar tarefas que gastam muito tempo em rotinas mecânicas enfadonhas, podendo realizar atividades mais pessoais, com maior valor agregado para a empresa e que aumentam a qualidade percebida pelo cliente.

A idéia de que a implantação de novas tecnologias é quase uma obrigação para as empresas que buscam competitividade no mercado é difundida no senso comum, assim

como a adoção dessas novas técnicas e maquinários resulta obrigatoriamente em progresso. Na realidade, tecnologia é um processo que se reflete em uma maior definição das decisões, nas transformações das normas e procedimentos e maior especificação na descrição de cargos.

Gonçalves (1987) considera as instituições de saúde como um dos tipos mais complexos de organização, devido à sofisticada tecnologia que a sua operação exige, resultando em uma singular prestação de serviço, já que a implantação de novas tecnologias possibilitou agilização dos trabalhos de atendimento, registro e acompanhamento dos clientes/pacientes. Além do mais, esse avanço possibilitou maior rapidez e precisão nos exames, que auxiliam nos diagnósticos e tratamentos fornecendo soluções mais eficazes para a saúde da comunidade (GONÇALVES, 1998). Ou seja, a parceria saúde/informática é benéfica, porquanto otimiza e humaniza ainda mais o atendimento ao paciente (NOVAES, 2001). Entretanto, vale ressaltar que a nova tecnologia não elimina a anterior. Ao contrário, ela acrescenta, criando assim novos cargos, que necessitam de maior qualificação, sendo essa uma característica da área de saúde. Um bom exemplo disso é a criação do cargo de Técnico de Densitometria Óssea; antes só existia o Técnico de Raio-X.

De acordo com Assis (2000), a utilização de novas tecnologias mudou o fator trabalho, exigindo mais qualificação da mão-de-obra, resgatando assim a importância da educação nessa nova realidade. A microinformática permitiu a integração de modelos tecnológicos da Saúde Pública e da Clínica, das redes das Secretarias estaduais e municipais de saúde em todo o Brasil (MÉDICI, MACHADO, NOGUEIRA et al, 1992). Merece destaque o fato de as questões de biotecnologia e da microeletrônica ocasionarem mudanças significativas no perfil da qualificação profissional em todos os níveis, porque precisam operar equipamentos cada vez mais sofisticados em hospitais e quando no

atendimento aos pacientes, combate a pragas e estabelecimento de estratégias de saneamento (SALGADO, 1997). É possível afirmar que o uso da microeletrônica e outros recursos da informática têm superado os limites dos processos diagnosticados de ponta, da pesquisa e dos níveis técnico-burocráticos e administrativos dos serviços de saúde, direcionando um crescente número de profissionais da área para a busca de habilidades práticas no seu manuseio (MEDICI, 1992).

A relação das exigências de maior qualificação para atender às novas tecnologias é assunto prioritário para este estudo.

Esta análise das alterações na tecnologia objetiva facilitar a compreensão das mudanças organizacionais que influenciaram a transformação da mão-de-obra da área de saúde.

4.2 Transformações na mão-de-obra

As mudanças não ocorrem apenas no ambiente organizacional. Para Lavinias (2001), a força de trabalho volta-se para um perfil polivalente e multifuncional cada vez mais necessário à menor divisão de trabalho e da integração de funções, características do modelo flexível de organização do trabalho resultantes do período Pós-Fordista e Pós-Taylorista, permitindo ao trabalhador adotar os aspectos subjetivos das atividades ora existentes.

Com tantas transformações ocorridas no ambiente organizacional, o mercado de trabalho sofreu uma precarização das ocupações, aumentando a rotatividade da mão-de-obra. Para o trabalhador, tornou-se necessário buscar tanto a elevação da qualidade dos postos de trabalho existentes como a adequação destes às novas exigências das empresas, incrementando a qualificação profissional para diminuir o desemprego (POCHMANN, 2001).

Os processos de trabalho evoluíram de meramente rotineiros, repetitivos, que determinavam precisão, limitação, para uma forma mais abrangente do conhecimento, com elevada capacidade de comunicação e raciocínio, além de habilidades na resolução de problemas (BARBOSA, 2001). Segundo Pastore (1995b), essas novas habilidades requeridas dos trabalhadores são conseqüências das novas exigências dos consumidores.

Hoje a mudança é considerada a chave para o sucesso organizacional e vantagem competitiva. Pode-se dizer ainda que o sucesso organizacional é decorrente da habilidade de promover e manter as estratégias de transformação.

O Brasil, segundo Ronen e Shenkar apud Hickson e Pugh (1995), possui uma visão imediatista dos seus negócios empresariais, buscando mudanças que proporcionem eficácia no mais curto espaço de tempo. Agindo assim, importa tecnologia e métodos de

outras culturas de forma indiscriminada. Como os resultados não atingem o esperado, implanta-se uma mudança após a outra, ininterruptamente. A busca de eficácia é muito ressaltada, porém os meios não são criteriosos. As mudanças são feitas no esquema ensaio-e-erro, arriscando por demais a sobrevivência no mercado. A influência do sistema americano é bem mais forte que as demais culturas, posto que a sua metodologia de administração organizacional é a mais utilizada. As pessoas que estão inseridas na organização brasileira não entendem totalmente a finalidade das mudanças. Um bom exemplo disso são os programas de qualidade TQC (Total Quality Control), MTQ (Management Total Quality), KANBAN, JUST IN TIME, etc., que foram bem sucedidos no Japão e nos Estados Unidos, culturas completamente diferentes da brasileira, e que aqui são implantados sem os ajustes necessários, causando discórdia, pois os trabalhadores brasileiros vivem uma realidade bem diferente, levando-lhes a boicotar tais programas (TRALDI, 1997).

Observou-se, pois, que existem várias conseqüências para a mão-de-obra, que estão descritas a seguir.

4.2.1 Qualificação

O crescimento do investimento em capital humano é um fenômeno mundial, com os níveis de educação elevando-se em todos os países desenvolvidos. Com o crescimento dos negócios, ficará claro que é mais barato educar e treinar seus próprios empregados que procurar novos funcionários, diante da limitada oferta de mão-de-obra com a educação requerida. Entretanto, o maior problema da depreciação do capital humano

não é o processo físico da idade, mas a rapidez com que o conhecimento e a tecnologia se tornam obsoletos (CRAWFORD, 1994).

A teoria neoclássica do Capital Humano defende a importância da instrução e do progresso do conhecimento como primordiais, pois solucionam questões como escassez de mão-de-obra qualificada para atuarem neste momento de inovação (MANFREDI, 1998), afirmando que o indivíduo, acreditando em ganhos futuros, investe no seu estoque de habilidades pagando e/ou investindo em algo no presente (ENGLAND, 1992). Ou seja, o aumento de **escolaridade** implica aumento de salário; **ocupação** elevada implica elevação do status social e conseqüentemente aumento de **salário**. No Brasil, por cada ano de estudo acrescido na vida de uma pessoa, o seu salário sofre um aumento líquido de 11,25% ao ano, e a diferença de salário entre um analfabeto e uma pessoa com nível superior pode chegar a 636% (PEC-RJ, apud MANDL e VIANA, 2001). Entretanto, Neves, Fernandes e Haller (1998) afirmam que o salário é determinado pela produtividade, divergindo do que afirma a teoria do capital humano.

A educação formal é básica para a formação profissional, pois permite

(...) ao trabalhador adquirir e desenvolver conhecimentos técnicos, teóricos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas (CATTANI, 1997b - p. 94).

Para Becker apud Fernandes, Neves e Haller, (1999), existe uma interação positiva entre experiência e educação, já que a maior parte das qualificações necessárias ao trabalhador é obtida nas experiências no trabalho realizado dentro das organizações, chamado treinamento *on the job*, e não na escola. Além disso, o trabalhador adquire dois tipos de qualificação: a geral, que é facilmente transferida entre empresas, e a específica, cuja troca não é tão simples. Nesse ambiente com exigências de novas habilitações para o

trabalho e alto nível de desemprego, o trabalhador necessita investir em novos conhecimentos e procurar novas qualificações (AZEVEDO, 2001).

Na época do Fordismo, as atividades exigiam mais habilidades manuais aliadas à resistência física do que capacidade intelectual dos trabalhadores, que obedeciam a normas e procedimentos criados por outrem, sem abertura para questionamentos ou sugestões para melhoria das tarefas que eles próprios executavam. No Pós-Fordismo o trabalho compreende execução, concepção, e polivalência por parte dos trabalhadores para realizar tarefas multiquificadas e serem submetidos a treinamentos mais abrangentes propiciando um domínio mais global sobre o processo produtivo (PIORE e SABEL apud TENÓRIO, 2000). Ainda nesse contexto, a mão-de-obra tem passado por uma radical transformação, exigindo que a força de trabalho seja mais qualificada, tanto tecnicamente quanto com relação ao nível de escolaridade, além de multifuncional. Crescem as oportunidades para esses trabalhadores mais qualificados, ocorrendo uma segmentação cada vez maior do mercado de trabalho. São poucas as oportunidades de ofertas de emprego, o que aumenta a disputa dos trabalhadores pelas mesmas tornando o mercado competitivo. As novas formas de organização do trabalho incentivam o desenvolvimento de múltiplas habilidades dos trabalhadores, que precisam prever problemas, desenvolver soluções para eles e propor estratégias de ação, exigindo-lhes maior qualificação para aproveitar ao máximo os avanços tecnológicos (OFFE, 1999). Além da formação específica, a educação básica também passa a ser necessária para a utilização de equipamentos eletrônicos, assim como a adoção de programas de controle de qualidade e outros procedimentos que visam ao aumento da produtividade (TENÓRIO, 2000).

Dessa forma, exigem-se novas qualificações do trabalho resultantes das habilidades cognitivas (leitura e interpretação dos dados formalizados; lógica funcional e sistêmica; abstração; dedução estatística; expressão oral, escrita e visual) e habilidades

comportamentais (responsabilidade, lealdade e comprometimento; capacidade de argumentação; capacidade para trabalho em equipe; capacidade para iniciativa e autonomia; habilidade para negociação), primordiais para os novos procedimentos organizacionais associados à nova base técnica. Tais qualificações podem ser inseridas em três grupos: capacidade de abstração, decisão e comunicação; novos conhecimentos teóricos e práticos; responsabilidade, atenção e interesse pelo trabalho (ALVES, 2001). Além disso, tais habilidades são muito relacionadas às desenvolvidas na escola, como responsabilidade, capacidade de abstração, de solucionar problemas, etc. Dessa maneira, a tendência é que haja uma polarização dos profissionais, ou seja, que surja um número de pessoas altamente capacitadas, paralelamente a um aumento na quantidade de trabalhadores que tenham perdido qualificação (AMÂNCIO FILHO e MOREIRA, 1997).

Para os trabalhadores, são necessárias atitudes críticas, reflexivas, direcionadas ao trabalho de uma forma mais ampla e não apenas para uma ocupação única, buscando-se, assim, integrar educação e trabalho. Por outro lado, as empresas buscam oferecer maior preparo aos seus funcionários quanto à implantação de inovações tecnológicas e sócio-organizacionais, ressaltando a participação (TOLFO, PICCINI e GUIMARÃES, 1999).

Os programas de qualidade são baseados nos trabalhos em equipe, cuja participação do trabalhador depende de treinamentos de capacitação, gerando envolvimento na solução de problemas ligados às tarefas que desempenham, melhorando os produtos e serviços, além da produtividade da empresa (ASSIS, 2000). As normas internacionais da série ISO determinam procedimentos organizacionais voltados para a qualidade de produtos e serviços (POCHMANN, 2001) e exige novos tipos de conhecimento e habilidades dos profissionais, caracterizando a necessidade de treinamento tanto no plano técnico como no motivacional, que necessita da educação básica como requisito. Para a área de saúde, as normas, critérios e padrões de qualidade são voltados

principalmente para o cliente (NOVAES, 2000), sendo fundamental que a mão-de-obra acompanhe essa tendência, atendendo assim às exigências do mercado. Para atingir tais objetivos, as empresas oferecem cursos de pequena duração para transmitir conhecimentos técnicos básicos, de objetivos comuns a serem seguidos por todos ou mesmo de motivação para participação no programa (FLEURY e HUMPHREY, 1993). A preocupação das organizações com a garantia dos produtos e serviços resulta da busca de padronização exigida pela globalização e da criação do Código de Defesa do Consumidor Brasileiro – Lei nº 8.078/90 (BRASIL, 1997), que garante aos cidadãos reivindicar seus direitos aos serviços de comércio, saúde, transporte, educação e moradia, antes negligenciados.

Em 1985, cerca de 50% dos trabalhadores desenvolviam atividades no setor terciário, sendo que o setor de saúde ocupava um milhão de postos de trabalho, com 90% dos empregos mantidos pelo setor público, totalizando 554.608 empregos de profissionais de saúde. Pode-se ainda afirmar que durante essa época o total dos empregos de níveis superior e médio cresceu, ao contrário dos de baixa qualificação, que durante os anos 80 - 84 diminuíram os seus índices (IBGE apud MÉDICI, MACHADO e NOGUEIRA et al, 1992).

Para Gonçalves (1998), as organizações do setor de saúde necessitam de sistemas que estimulem o aprendizado e a iniciativa, inclusive estrutura física para a realização freqüente de cursos especializados com o apoio de profissionais de renome, voltados para o atendimento ao cliente/paciente. A preocupação dessas organizações em ter médicos altamente capacitados é devido à importância que o corpo clínico tem para proporcionar um diferencial em relação às demais instituições dessa área, uma vez que o paciente passou a ser tratado como um cliente, que, além de esclarecido, está mais exigente para com os serviços a que tem direito. Um bom exemplo disso é o Hospital CBS, em Santa Catarina, que exige dos médicos, no mínimo, um curso de especialização com

certificado reconhecido pelo Ministério da Educação para poderem atuar em qualquer especialidade médica (PEREIRA, 2000).

Verifica-se, então, que a crescente exigência de qualificação para os profissionais da área de saúde, na aquisição de conhecimentos práticos para o manuseio de instrumentos e equipamentos de alta tecnologia e teóricos para atender eficientemente às exigências dos clientes, contribui para criar/manter um diferencial na instituição em que trabalham. Entretanto, quando uma pessoa atinge o nível superior a capacitação não reside apenas em anos completos de educação formal, em especial para médicos e enfermeiros, pois a exigência passa a ser maior quanto a cursos de curta duração e conhecimento de novas tecnologias.

A visão econômica neoclássica afirma que o indivíduo maximiza ou otimiza suas escolhas, de maneira a ampliar ao máximo o seu bem-estar, fazendo cálculos detalhados sobre o retorno das suas ações (ENGLAND, 1992).

Para Almeida e Pereira (2000), o capital humano corresponde aos seguintes passos: as pessoas se educam; depois a educação modifica as habilidades e conhecimentos; em seguida, quanto maior o grau de estudo de uma pessoa, mais habilidades cognitivas terá e maior será sua produtividade; e, por último, quanto maior a produtividade, maior será a renda a ser recebida em decorrência dela.

Theodore Schultz apud Mandl e Viana (2001) acredita que as desigualdades sociais podem ser reduzidas com o aumento da escolaridade, pois as pessoas bem preparadas tendem a ter carreiras promissoras, receber bons salários e valorizar a educação, vez que representam investimento privado com retorno (PASTORE, 1995b).

Na era do conhecimento, as pessoas, com suas habilidades e conhecimentos, são consideradas como o principal investimento de uma sociedade que precisa melhorar o talento de sua população. Já

que, 70% dos recursos de uma empresa média se constituem de seu capital humano, não é de se surpreender que uma melhor administração destes recursos aperfeiçoará o desempenho financeiro da empresa” (CRAWFORD, 1994 - p. 154).

A informação e o conhecimento substituem o trabalho e o capital, variáveis básicas da sociedade industrial (KUMAR, apud CARVALHO e SILVA, 2001). Atualmente, o cenário é constituído pela economia do conhecimento, onde se observam as organizações investindo em capital humano (EDVINSSON e MALONE, 1998).

Segundo Cattani (1997a), a Teoria do Capital Humano apresenta duas perspectivas: 1) mostra que uma melhor capacitação do trabalhador influencia no aumento de produtividade, no sentido de que o tipo da mão-de-obra obtida da formação escolar incrementa a capacidade de trabalho e de produção e que o acréscimo de formação superior marginal também aumenta a capacidade produtiva, determinando maiores ganhos para as empresas e também para os trabalhadores; e 2) revela que cada trabalhador avalia se o investimento no capital pessoal e o esforço utilizado na sua formação serão recompensados com uma maior remuneração pelo mercado de trabalho no futuro, ou seja, ele faz um cálculo do custo-benefício dessa relação. Essa avaliação é realizada com o simples intuito da manutenção do emprego, porquanto os empregados precisam vender sua mão-de-obra para sobreviver.

Existem três tipos de investimentos relevantes quanto aos ganhos; 1) educação (escolaridade); 2) treinamento no trabalho, formal ou informal, que produz conhecimentos que podem ser usados em outra empresa; e 3) treinamento no trabalho (formal ou informal), que ensina conhecimentos para a empresa que está trabalhando, segundo England (1992).

A idéia de que o aperfeiçoamento da força de trabalho eleva a eficiência do trabalho e do capital encontram-se nas obras de Adam Smith e de Marx, o que significa dizer que...quanto mais o trabalhador investe na sua autoformação, na constituição do seu capital pessoal, mais aumenta o seu valor de mercado (CATTANI, 1997a - p. 35-36).

Vale ressaltar que, para Becker apud Cattani, (1997a), a formação exige mais esforços para determinados trabalhadores do que para outros, não compensando para estes os esforços complementares de tempo e dinheiro, pois os rendimentos não serão compensatórios, porque cada trabalhador investe até o limite que considera rentável, sendo livre para tomar decisões, ficando responsável pelos seus ganhos. Dessa forma, o sistema educacional apenas responde às demandas individuais, não sendo o determinante para promover igualdade de oportunidades.

Para Carneiro (2002), o valor econômico da educação é determinante da manutenção do emprego e da geração de altas taxas de rentabilidade social e privada. Baseada nessa linha de pensamento, criaram-se metodologias de cálculo do retorno do investimento econômico em educação, ancoradas nos níveis de escolaridade, sendo usadas com frequência pelos economistas da educação.

Azevedo (2001) acredita que o aprimoramento da mão-de-obra depende de educação, formação intelectual e treinamento, sendo esses serviços oferecidos por instituições privadas e públicas. Ressalte-se aqui o fato de que, a partir do ano de 1990, as escolas de treinamento passaram a existir em um maior número que antigamente, quando havia limitações à capacitação profissional. Associado a isso observa-se que, atualmente, as organizações estão investindo mais em treinamento, permitindo um melhor acesso das pessoas ao mercado de trabalho. Segundo Manfredi (1998), essa visão de qualificação criou diversas políticas educacionais direcionadas à criação de sistemas de formação profissional fortemente vinculados às necessidades técnico-organizacionais, ou seja, voltada ao preparo de mão-de-obra especializada (ou semi-especializada) para atender às demandas do mercado de trabalho formal.

É importante tentar conciliar o perfil da oferta à demanda de trabalho, já que, na maioria das vezes, os desencontros se devem à pouca ou inadequada educação/formação dos trabalhadores. Tanto a educação como a formação e a reciclagem podem reduzir essa dissonância, posto que o mercado de trabalho engloba várias exigências (RAMOS e FREITAS, 1998). Entretanto, nos anos 90 houve um aumento na qualificação da mão-de-obra, enquanto o número de desempregados duplicou.

No modelo Pós-Fordista, a nova qualificação recai em um sistema de capacitação e treinamento, tanto no início da contratação quanto posterior a ela. A ascensão ocupacional é obtida por meio da multiquificação ou da polivalência e da rotação de tarefas (MANFREDI, 1998).

Para Braverman (1987), o conceito de qualificação está vinculado ao domínio do trabalho, unindo habilidades manuais a conhecimento de materiais e processos necessários à execução de determinada função. Arrow apud Cattani, (1997a) procurou demonstrar que a educação causa principalmente um processo de seleção de indivíduos, reforçando a estratificação social, que ele chamou de Teoria do Filtro.

A Teoria do Credencialismo afirma que a educação tem crescido, pois as organizações têm exigido uma maior qualificação formal, e não como reflexo de mudanças na estrutura de cargos e funções (BERG apud FERNANDES, NEVES e HALLER, 1999). Pensamento idêntico é defendido por Pochmann (2001), que afirma que, mesmo sem haver mudanças no conteúdo dos postos de trabalho, os empresários preferem contratar trabalhadores mais escolarizados, que estão disponíveis no mercado de trabalho devido ao desemprego. Para Manfredi (1998), a crença político-ideológica do poder da educação escolar como exigência às posições qualificadas condiciona esse acesso e manutenção dos empregos no mercado formal de trabalho, ocultando os outros mecanismos sociais e organizacionais que também interferem.

Por outro lado, existe a teoria de Thurow apud Fernandes, Neves e Haller, (1999), que afirma que a educação serve como um critério de seleção no mercado de trabalho, à medida que serve de critério para descartar os menos qualificados do processo de admissão, visando com isso economizar investimentos em treinamento daqueles com menor formação.

Para Almeida e Pereira (2000), o aumento dos rendimentos está associado à raça, etnia, idade, credenciais formais, capacidades produtivas, sexo, tipo de emprego, estrutura familiar e capacidades inatas, e não apenas à educação, como defende a Teoria do Capital Humano.

Como foi visto nos últimos parágrafos, a Teoria do Capital Humano vem sendo contestada por outras visões. Os marxistas afirmam que a capacidade produtiva depende das condições tecnológicas e da estrutura do processo produtivo das organizações, e não da escolaridade dos seus funcionários (ALMEIDA e PEREIRA, 2000). Essas abordagens serão discutidas no tópico empregabilidade, a ser apresentado em seguida.

4.2.2 Empregabilidade

...A discussão sobre o termo *empregabilidade* é relativamente recente no Brasil, com maior destaque a partir de 1990. A *empregabilidade* é aqui entendida como uma ação individual, que pode ser estimulada ou não pelas organizações, que faz com que profissionais de todos os níveis busquem estar melhor preparados para enfrentar o mercado de trabalho e suas mutações, pressupondo uma postura proativa, no sentido de qualificar-se permanentemente, em termos de habilidades e capacidades técnicas, humanas, conceituais e de relações sociais. Tal ação pressupõe uma maior possibilidade de permanecer num mercado de trabalho crescentemente competitivo e restrito, seja através de um vínculo de emprego formal, assalariado ou atuando em diferentes organizações, mantendo uma demanda freqüente por seus serviços e obtendo, daí, remuneração permanente. O termo equivale, nos Estados Unidos, à *employability* ou condição de dar emprego ao que se sabe (MINARELLI apud SARSUR, 2001- pág 2).

Devido aos avanços tecnológicos, surge a separação dos empregos em altamente qualificados, com alto grau de especialização; os com qualificação mediana; e os empregos sem qualificação; que provocam alterações nos sistemas de capacitação e informação profissional (ALVES et al apud BARBOSA, 2001).

Surge, assim, uma exigência maior do profissional, cujo perfil solicitado é muito mais exigente do que outrora, obrigando-o a buscar aprimoramento contínuo para permanecer no mercado de trabalho. As organizações exigem mais quanto à seleção de pessoal, buscando novos talentos, com novas atitudes, impulsionados pelo capital intelectual, possibilitando o alcance das metas organizacionais preestabelecidas.

Devido a isso, o perfil da mão-de-obra (qualificação profissional) exigido pelas organizações está se transformando. Para atender a uma nova prática produtiva, é necessário adquirir uma nova base de conhecimentos para o exercício do trabalho (POCHMANN, 2001). Faz-se necessário aumentar as habilidades para o trabalho e elevar a qualificação profissional para evitar a inadequação entre a oferta de mão-de-obra com pouca preparação e a demanda de trabalho mais exigente.

O profissional que deseja manter-se empregado precisa não apenas obter a certificação pela educação formal, mas também estar atualizado, buscando constantemente a aquisição de novos conhecimentos e tecnologias para adaptar-se facilmente às modificações constantes dentro do ambiente empresarial, correspondendo assim às expectativas da empresa. Necessita estar sempre motivado, em busca de novos desafios, sabendo trabalhar em equipe, possuindo espírito de liderança, representando uma soma de qualificações profissionais, que se fazem necessário à aprendizagem permanente.

Dessa maneira, cabe ao trabalhador revelar-se polivalente profissionalmente, desempenhando várias atividades correlatas, mas não específicas, de sua ocupação como forma de atender à exigência de multifuncionalidade desejada pelas organizações. O trabalhador que executa várias tarefas, que migra e desempenha com facilidade ocupações distintas tem mais valor no mercado de trabalho, aumentando assim as suas chances de manter-se empregado.

Por outro lado, Alves (2001) afirma que o conceito de empregabilidade induz a uma promessa de inclusão no processo social do trabalho, ocultando a possibilidade de exclusão social.

O Governo oferece cursos de formação de curta duração (Senai, Senac, Senat e Senar), cursos técnicos de longa duração (escolas federais e estaduais e universidades), além de cursos de formação de curta duração, resultados de uma parceria do Ministério do Trabalho com o Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT (POCHMANN, 2001). Estes últimos correspondem a programas de capacitação do governo, visando à transferência de tecnológica, que, apesar de não gerarem emprego, contribuem para aumentar a empregabilidade dos treinandos. Observa-se que as conseqüências da educação profissional, resultantes da transição da economia tradicional para uma nova, voltam-se para uma educação continuada, dirigida para a atualização e

multidisciplinaridade dos programas de qualificação (POCHMANN, 2001). O FAT classifica a educação em 3 tipos não-seriados: formal, informal e não-formal, este último de curta duração.

Fleury apud Sarsur, (2001) afirma que, a partir de 1990, as organizações apresentaram não apenas mudanças relativas aos processos de trabalho, mas a urgência de novas atitudes gerenciais, de treinamento e educação dos trabalhadores, qualidade de vida e condições de trabalho, que supram as necessidades e anseios dos mesmos, transformando-se em produtividade.

Existem maiores chances de expansão das ocupações profissionais que fazem uso de maior informação e das atividades multifuncionais, principalmente as com exigências crescentes de mais escolaridade e qualificação profissional (POCHMANN, 2001).

Esse fim de século apresentou poucas ofertas de emprego, gerando insegurança para a mão-de-obra, estimulando o aumento da concorrência entre os profissionais ativos, levando-os a buscar um diferencial para se destacarem dos demais e manterem-se incluídos nesse de mercado de trabalho tão exigente. Ressalte-se que as chances de mobilidade ascendente são aumentadas pela obtenção de um cargo de chefia no setor formal (PASTORE e HALLER, 1982). As empresas, de um modo geral, preferem elevar a produtividade por meio de investimentos em bens de capital, deixando de criar novos postos de trabalho, o que permite economizar em encargos sociais e aumentar a margem de lucro (DE PAULA, 1998).

No mundo da empregabilidade, o trabalhador é o grande determinante pelo seu desenvolvimento e possibilidades de obter ocupação, sendo o responsável por procurar novas habilidades, oportunidades e atitudes, tornando-se multiprofissional e pronto para atender ao crescente avanço da multidisciplinaridade (MOTTA, 1997).

Vale salientar que o importante é “aprender a aprender”, mantendo-se atualizado, aumentando constantemente a qualificação, revelando-se competente e garantindo a tão desejada empregabilidade. Para as empresas da área de saúde, o controle de qualidade da mão-de-obra é feito sob a “Teoria da Maçã Podre”, que busca constatar a capacidade técnica e o desempenho dos profissionais para expurgar rapidamente os considerados incompetentes, a fim de que não contaminem os demais da equipe (AL-ASSAF e SCHMELE apud FALK e CARVALHO, 1999). Isso quer dizer que o próprio mercado de trabalho segrega os profissionais com baixa ou inadequada qualificação, devido à grande oferta de mão-de-obra disponível e ao fato de as atividades da área de saúde representarem questões de vida e morte. Portanto, um profissional não-habilitado, descompromissado, desmotivado, desatento ao exercício das suas atividades, independentemente da complexidade das tarefas que desempenhe compromete todo o trabalho bem feito dos colegas, podendo também colocar em risco a vida dos pacientes a que atendeu. Nesses casos, o afastamento do exercício das atividades evita que os demais colegas sigam o exemplo e passem a ter atuação semelhante.

Nos próximos 30 anos, serão utilizados menos de 2% da atual força de trabalho para produzir os bens necessários ao atendimento total da demanda, deixando fora do mercado de trabalho milhares de desempregados com baixa qualificação (RIFKIN apud DE PAULA, 1998).

Ao se investigar melhor os fatores que influenciaram as exigências da mão-de-obra, percebe-se que a empregabilidade depende de uma participação ativa do profissional para continuar a ser considerado competente pela aquisição contínua de conhecimentos, habilidades e atitudes. Diante do acima exposto, vale questionar: qual o efeito da educação dos profissionais no preenchimento das ocupações com cargo de chefia na área de saúde?

No Brasil, observa-se um crescimento na educação das mulheres, apesar do retorno do investimento em educação ser mais alto para os homens que ganham melhores salários que as mulheres (PASTORE, 1995b). Franco (1999) afirma que, no Brasil, as oportunidades educacionais são diferentes, por existir uma forte correlação entre nível de escolaridade e rendimento no trabalho, o que poderia justificar as desigualdades.

Os fatores de capital humano influenciam a determinação dos salários, mas não podem explicar toda a realidade do mercado de trabalho, já que fatores como posição ocupacional, sexo, raça e a posição de classe são de extrema importância na explicação das diferenças salariais. Nesse contexto, pode-se afirmar que a participação das mulheres no mercado de trabalho tem aumentado, independentemente das mudanças econômicas como a alta inflacionária, determinada pelo seu nível médio de escolaridade em relação aos homens, o que vem diminuindo os custos de contratação (LAVINAS, 2001). A partir da década de 90, a participação da mulher no mercado de trabalho amplia-se das áreas urbanas para as zonas rurais, acompanhando a interiorização do desenvolvimento econômico, característica dessa época. Tal mudança permitiu o acréscimo de pequenos ganhos salariais para as mulheres, entretanto sempre menores que os dos homens (IKEDA, 2000).

Os empregos que exigem maior investimento/dedicação são geralmente os mais bem pagos, ou os trabalhadores não se motivariam a preenchê-los, vez que os profissionais buscam empregos com melhores condições de trabalho (ENGLAND, 1992).

Além disso, sabe-se que o mercado de trabalho apresenta significativas diferenças salariais entre os profissionais, ficando os melhores salários para os médicos, seguidos pelos dentistas. Por outro lado, os auxiliares de enfermagem são os que recebem menores remunerações. Entretanto, durante o período de 1995 a 1999 observou-se um crescimento nos salários de todas as ocupações, correspondendo aos 56% para enfermeiros

e auxiliares e 60% para médicos e dentistas (BOLETIM SINAIS DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE, 1999).

A partir do início do ano de 1990, verifica-se um aumento da qualificação e da responsabilidade em todas as ocupações, como reflexo da demanda de maior ocupação (PENN, ROSE e RUBERY apud LARANJEIRA, 1997a).

Para Crawford (1994), os trabalhadores têm que manter o aprendizado contínuo e vitalício para se manterem efetivamente como capital humano, atendendo assim à sociedade do conhecimento ora vigente.

A empregabilidade, na visão dos estruturalistas, difere em alguns aspectos. A abordagem crítica de Wright e Perrone apud Neves e Fernandes, (2000) classifica os profissionais formalmente empregados em dois tipos: cargos de chefia e trabalhadores sem subordinados. Os autores acrescentam ainda que, mesmo conservando-se os fatores de capital humano e posição ocupacional dos empregados, os que ocupam cargos de chefia recebem salários mais altos do que os trabalhadores sem subordinados. Tal fundamento revela que o efeito da escolaridade nos salários dos empregados com cargo de chefia é maior do que para os que não possuem subordinados. Sendo assim, a organização valoriza mais a escolaridade dos profissionais em cargos de chefia, remunerando-os melhor, pois ela é útil no controle dos mecanismos de exploração do trabalho dos demais empregados, cuja autoridade para exercê-lo é conferida pelas organizações. Vale salientar que os motivos não são apenas técnicos, mas principalmente políticos, para reforço da autoridade dos profissionais que ocupam os cargos de chefia.

Braverman (1987) acredita que, por existir uma quantidade enorme de graduados, as empresas exigem mais dos candidatos a emprego, usando o diploma como pré-requisito no processo seletivo, mesmo para funções cujo conteúdo não esteja necessariamente se tornando mais complexo.

Thurow (1977), com a sua Teoria de Competição por Ocupações, afirma que os trabalhadores classificados por níveis de qualificação competem por empregos, pois buscam oportunidades de trabalho, dependendo do grau de exigência de qualificação, ou seja, o conhecimento e a habilidade dos indivíduos determinam as suas condições de acesso ao emprego, e não ao seu nível de rendimento.

Os fatores de capital humano têm efeito importante no mercado de trabalho não por serem responsáveis pela elevação da produtividade marginal da mão-de-obra, mas sim em função da expectativa dos empregadores de que elementos como escolaridade, experiência, treinamento anterior, motivação e habilidades cognitivas reduzem os custos de treinamento dos futuros empregados (THUROW apud NEVES, DOURADO e FERNANDES, 1999, p. 12).

Para Cacciamali e Freitas (1992,) é a demanda que determina a oferta, e o salário é estabelecido pela necessidade desta demanda e pela produtividade marginal da ocupação, e não do trabalhador.

A educação ou aquisição de novos conhecimentos, credenciais ou competências, simplesmente tornam a pessoa apta para competir no mercado de trabalho, que está cada vez mais restrito, não assegurando a sua admissão. Adquirir novas qualificações não é certeza de obtenção de emprego, pois o sistema orgânico do capital não tem condições de absorver todas as pessoas (ALVES, 2001).

Almeida e Pereira (2000) afirmam que os salários se relacionam mais com os empregos a que se tem acesso do que com as características do trabalhador. É que diferentes tipos de socialização e credenciais interferem fortemente nos rendimentos futuros das pessoas, e as escolas selecionam os estudantes com base no seu *status* econômico, referencial familiar e outras características pessoais, o que também influencia os processos de admissão, manutenção e demissão no mercado de trabalho. Para Azevedo

(2001), a teoria do capital humano não se limita à promessa de maiores salários para quem busca constante qualificação, mas talvez seja a única chance de manter a empregabilidade.

5

Hipóteses

O referencial teórico acima apresentado servirá de base para as seguintes hipóteses de pesquisa:

Hipótese 1- Tomando como base as teorias do capital Humano e do Pós-Fordismo, espera-se um aumento do efeito da escolaridade sobre a empregabilidade formal ao longo do tempo.

Hipótese 2 - Tomando como base as teorias do Capital Humano e do Pós-Fordismo, espera-se um aumento no efeito da escolaridade sobre as ocupações com cargos de chefia.

Hipótese 3 – Tomando como base as teorias do Capital Humano e do Pós-Fordismo, espera-se que um aumento no efeito da escolaridade sobre o salário cresça ao longo do tempo.

Hipótese 4 - Tomando como base a análise de classes de Erick Wright, espera-se que a taxa de retorno salarial da escolaridade seja maior para aqueles que ocupam cargos de chefia do que para aqueles que não os ocupam.

6

Metodologia

Este estudo foi realizado a partir de um levantamento longitudinal, que descreve e procura explicar o processo de mudanças ocorridas com empregados brasileiros da área de saúde durante o período de 1988 a 1996.

6.1 Perguntas de pesquisa

A pesquisa analisa as transformações sofridas na força de trabalho das organizações de saúde privada e pública do Brasil durante o período de 1988 a 1996, na tentativa de esclarecer as relações entre mudanças sofridas pela mão-de-obra quanto à qualificação e empregabilidade.

Visando direcionar a pesquisa, foram elaboradas as seguintes perguntas norteadoras:

- 1 -De que forma a qualificação interfere na empregabilidade desses profissionais?**
- 2- De que maneira as transformações nas organizações da área de saúde interferiram nas alterações dos salários e escolaridades de sua mão-de-obra?**
- 3- De que forma as transformações sofridas na escolaridade da mão-de-obra interferem nas suas chances de obter cargos de chefia?**

6.2 Dados da pesquisa

Os dados utilizados são secundários, relacionados ao mercado de trabalho e qualificação, decorrentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 1988 a 1996. Entende-se por dados secundários aqueles que foram coletados com intenções diversas e não apenas para o âmbito de sua pesquisa, como os dados do IBGE (ROESCH, 1999).

Foram consideradas as seguintes variáveis na construção dos modelos causais: Empregabilidade, Experiência profissional (anos de experiência de trabalho), Idade, Escolaridade, Ocupação, Renda, Sexo e Tempo de serviço no emprego.

6.3 População e amostra

O Universo da pesquisa compreendeu diversos profissionais das organizações de saúde do Brasil, nos anos de 1988 e 1996, e fez uso da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD¹, somando-se um total de aproximadamente 6.000 sujeitos (2.476 de 1988 e 3.496 em 1996) pertencentes às organizações da rede pública e privada do setor de saúde no Brasil durante o período. Assim, obteve-se um grande banco de dados, uma vez que, para cada ano, os indivíduos selecionados representaram uma amostra da mesma população em épocas diferentes. De uma maneira geral, cada PNAD é composta a partir de uma amostra estratificada por conglomerados selecionados em estágios múltiplos. Muito embora seja um procedimento que gera amostras aleatórias e probabilísticas, as amostras obtidas tendem a subestimar o erro padrão dos estimadores. Assim é

recomendado o uso do coeficiente *t de student* maior do que 3,00 em análises estatísticas deste tipo (GAMORAN, apud NEVES, DOURADO e FERNANDES, 1999). Dessa forma, a amostra da pesquisa foi aleatória e probabilística.

Para cada ano, foram selecionadas pessoas que pertenciam aos seguintes ramos de atividades:

1. Serviços Médicos Públicos;
2. Serviços Médicos Particulares;

Pertencentes aos seguintes grupos ocupacionais:

- a) Proprietário ou Sócio de estabelecimento médico;
- b) Cargos administrativos da área de saúde;
- c) Cargos de chefia da área de saúde;
- d) Ajudante e auxiliar de médico; Atendente de clínica médica; Atendente de laboratório e Recepcionista de hospital;
- e) Biomédico;
- f) Psicólogo;
- g) Médico;
- h) Assistente de enfermagem; Enfermeiro; e Instrumentador cirúrgico;
- i) Fonoaudiólogo; Auxiliar de nutricionista; Nutricionista;
- j) Auxiliar; Ajudante e Atendente de enfermagem; Técnico e Agente comunitário;
- k) Fisioterapeuta;
- l) Técnico de Raio-x;
- m) Auxiliar de parteira;
- n) Técnico de laboratório e
- o) outras ocupações-meio.

¹ Especificamente as PNADs de 1988 e 1996.

Vale salientar que essa classificação é determinada pela própria PNAD, impedindo flexibilidade de opção.

6.4 Modelos e variáveis

Hipótese 1 - Tomando como base as teorias do capital Humano e do Pós-Fordismo, espera-se um aumento do efeito da escolaridade sobre a empregabilidade formal ao longo do tempo.

Modelo:

$$\text{Ln}[P(Y = 1) / 1 - P(Y = 1)] = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 - \beta_4 X_3^2 + \beta_5 X_4 + \beta_6 X_5 + \varepsilon$$

Onde:

Y= Empregabilidade formal (está formalmente ocupado=1; não está formalmente empregado=0);

X₁= Escolaridade (anos de estudo completados com sucesso);

X₂ = Sexo (masculino=1; feminino=0);

X₃ = Experiência;

X₃² = Experiência ao quadrado (anos de experiência de trabalho; inclui-se um termo quadrado para dar conta do fato de que a empregabilidade tende a cair após uma certa idade);

X₄ = Educação do pai;

X₅ = Educação da mãe.

Hipótese 2 - Tomando como base as teorias do Capital Humano e do Pós-Fordismo, espera-se um aumento no efeito da escolaridade sobre a ocupação de cargo de chefia.

Modelo:

$$\text{Ln}[P(Y = 1) / 1 - P(Y = 1)] = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 - \beta_4 X_{3^2} + \beta_5 X_4 + \beta_6 X_5 + \beta_7 X_6 + \varepsilon$$

Onde:

Y= ocupação de cargo de chefia (ocupa cargo de chefia = 1; não ocupa cargo de chefia = 0);

X₁= Escolaridade (anos de estudo completados com sucesso);

X₂ = Sexo (masculino=1; feminino=0);

X₃ = Experiência;

X_{3²} = Experiência ao quadrado (anos de experiência de trabalho; inclui-se um termo quadrado para dar conta do fato de que a empregabilidade tende a cair após uma certa idade);

X₄ = Educação do pai;

X₅ = Educação da mãe;

X₆ = Status ocupacional (nível sócio-econômico da ocupação; varia entre 0 e 100 e se baseia na escala desenvolvida por Valle Silva 2000).

Hipótese 3 - Tomando como base as teorias do Capital Humano e do Pós-Fordismo, espera-se um aumento no efeito da escolaridade sobre o salário ao longo do tempo.

Modelo:

$$\text{Ln}(y) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 - \beta_4 X_{3^2} + \beta_5 X_4 + \beta_6 X_5 + \beta_7 X_6 + \beta_8 X_7 + \varepsilon$$

Onde:

Y= Renda mensal oriunda do trabalho;

X₁= Escolaridade (anos de estudo completados com sucesso);

X₂ = Sexo (masculino=1; feminino=0);

X₃ = Experiência;

X₃² = Experiência ao quadrado (anos de experiência de trabalho; inclui-se um termo quadrado para dar conta do fato de que a empregabilidade tende a cair após uma certa idade);

X₄ = Status ocupacional (nível sócio-econômico da ocupação; varia entre 0 e 100 e se baseia na escala desenvolvida por Valle Silva 2000);

X₅ = Ocupação de cargos de chefia;

X₆ = Educação do pai;

X₇ = Educação da mãe;

Hipótese 4 - Tomando como base a análise de classes de Wright, espera-se que a taxa de retorno salarial da escolaridade seja maior para aqueles que ocupam cargos de chefia do que para aqueles que não os ocupam.

Modelo:

$$\ln(y) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 - \beta_4 X_3^2 + \beta_5 X_4 + \beta_6 X_5 + \beta_7 X_6 + \beta_8 X_7 + \varepsilon$$

Onde:

Y= Renda mensal oriunda do trabalho;

X₁= Escolaridade (anos de estudo completados com sucesso);

X₂ = Sexo (masculino=1; feminino=0);

X₃ = Experiência

X_{3^2} = Experiência ao quadrado (anos de experiência de trabalho; inclui-se um termo quadrado para dar conta do fato de que a empregabilidade tende a cair após uma certa idade);

X_4 = Status ocupacional (nível sócio-econômico da ocupação; varia entre 0 e 100 e se baseia na escala desenvolvida por Valle Silva 2000);

X_5 = Educação do pai;

X_6 = Educação da mãe;

X_7 = Ocupação de cargos de chefia;

X_8 = Produto das variáveis X_1 e X_8 (Escolaridade x ocupação de cargo de chefia).

6.5 Delineamento da pesquisa

Foi realizada uma pesquisa evolutiva e explicativa, permitindo analisar, descrever e explicar as variáveis envolvidas na pesquisa, durante um intervalo de tempo, por meio das teorias apresentadas.

O estudo teve perspectiva longitudinal, analisando sujeitos empregados e fazendo uso do método quantitativo, com a aplicação de testes estatísticos. Para Openheim apud Roesch (1999), o método quantitativo é mais voltado para associações e explicações e preocupa-se mais com a predição do que descrição, porém é o mais indicado para medir relações entre variáveis.

7 Análise de Dados

Visando realizar uma análise descritiva, foi feito um comparativo dos rendimentos principais, escolaridades e status ocupacional das diversas ocupações da área de saúde durante os anos de 1988 e 1996, conforme Tabelas 4.1a e 4.1b abaixo:

Tabela 4.1 a Rendimento principal, escolaridade e status ocupacional – 1988

Ocupação	Média			Número de Observações	
	Salário	Escolaridade	Status Ocupacional	Absoluto	Percentual
Cargos administrativos da área de saúde;	413,57	12,79	36,61	14	0,60%
Cargos de chefia da ar. de saúde;	352,74	11,22	31,30	22	0,94%
Ajudante/aux.médico/Atendente Clín./lab. e Recep. hospital;	88,39	8,44	13,98	162	6,90%
Biomédico;	419,43	15,00	48,25	5	0,21%
Médico;	927,86	14,98	85,98	261	11,11%
Assist.enfermagem/Enferm./Inst. cirúrgico	376,77	14,08	38,56	72	3,07%
Fonoaudiólogo; Aux. de nutricion ;Nutricionista;	365,18	12,43	35,45	14	0,60%
Auxiliar/Ajudante/Atend.enfermagem/ Téc. e Agente comunitário	126,03	7,94	12,41	684	29,12%
Fisioterapeuta;	330,56	11,87	17,81	30	1,28%
Técnico de Raio-x;	210,73	8,69	18,61	32	1,36%
Auxiliar de parteira;	81,08	4,91	9,90	11	0,47%
Técnico de laboratório;	240,53	10,54	21,32	48	2,04%
Psicólogo;	604,23	15,00	53,20	42	1,79%
Outras ocupações	197,86	7,31	13,76	952	40,53%
Total	266,74	8,98	63,55	2349	100,00%

Fonte: PNAD 1988

Nota 1: Os valores foram corrigidos com base no INPC para dez/1996.

Tabela 4.1b Rendimento principal, escolaridade e status ocupacional – 1996

Ocupação	Média			Número de Observações	
	Salário	Escolaridade	Status Ocupacional	Absoluto	Percent.
Proprietário ou Sócio de estabelecimento médico;	3444,65	13,76	72,28	34	0,99%
Cargos administrativos da área de saúde;	971,72	12,86	66,59	36	1,05%
Cargos de chefia da área de saúde;	1027,48	11,93	71,12	27	0,78%
Ajudante/Aux.médico/Atendente Clín./lab. e Recep. hospital;	299,62	9,80	44,37	311	9,04%
Biomédico;	1569,00	15,00	75,46	10	0,29%
Médico;	2574,97	14,84	85,12	426	12,38%
Assist.Enfermagem/Enfermeiro / Instrumentador cirúrgico;	807,13	12,65	65,58	128	3,72%
Fonoaudiólogo; Auxiliar de nutricionista; Nutricionista;	864,41	13,64	70,48	36	1,05%
Auxiliar/Ajudante/Atend.enfermagem/Téc. e Agente comunitário	408,30	9,42	49,89	977	28,40%
Fisioterapeuta;	983,29	13,48	63,14	59	1,72%
Técnico de Raio-x;	699,52	9,82	59,75	45	1,31%
Auxiliar de parteira;	149,00	6,67	40,96	6	0,17%
Técnico de laboratório;	518,98	11,06	57,92	46	1,34%
Psicólogo;	1971,15	14,96	79,66	26	0,76%
Outras ocupações	401,35	8,12	44,96	1273	37,01%
Total	754,36	10,09	54,19	3440	100,00%

Fonte: PNAD 1996

Nota 1: Os valores foram corrigidos com base no INPC para dez/1996.

As tabelas acima expostas revelaram que, em 1988, a ocupação que apresentou a maior média salarial foi a de Médico, sendo seguida pela de Psicólogo e, em terceiro lugar, pela de Biomédico. Entretanto, em 1996 o rendimento mais alto ficou com Sócio ou Proprietário de estabelecimento, cuja ocupação esteve ausente na PNAD anterior, sendo seguida pela de Médico, Psicólogo e Biomédico, respectivamente. Observou-se ainda que o penúltimo salário ficou com a ocupação Ajudante/Auxiliar de Médico/Atendente de Clínica e Laboratório e Recepcionista de hospital. Por outro lado, a remuneração mais

baixa de todas foi o de Auxiliar de parteira, havendo, pois, pouca mudança na estratificação de 1988 para 1996.

Vale destacar que houve um aumento real nos rendimentos das ocupações ao longo dos anos pesquisados, ou seja, os profissionais passaram a receber em torno de 2,5 vezes a mais em 1996 do que no ano de 1988, embora não tenha sido pesquisada a quantidade de horas de trabalho das ocupações em estudo. Além do mais, o Sindicato dos profissionais da área de enfermagem determina os salários dos qualificados ou não, devido à carência de mão-de-obra no mercado. Os valores dos salários acima expostos foram todos corrigidos pelo INPC de dezembro de 1996 (vide Anexo1).

No que se refere à quantidade de anos de estudo, em 1988 foram observados, em média, 15 anos para Biomédico e Psicólogo, seguido por 14,98 anos para o Médico. As ocupações que apresentaram, em média, menores quantidades de anos de estudo foram para a Auxiliar de parteira, com 4,91 anos, e Aux/Ajud/Atend. Enfermagem/Téc.e Agente comunitário, com 7,94 anos. No ano de 1996, foi observado uma manutenção na quantidade de anos de estudo, ficando 15 anos para o Biomédico, 14,96 para o Psicólogo e 14,84 para o Médico. As menores quantidades de anos de estudo foram observadas para as ocupações de Aux. de parteira, com 6,67, e Aux./Ajud./Atend de enfermagem/Téc. e Agente comunitário com 9,42 anos de estudo. Observou-se então, um aumento mais significativo na quantidade de anos de estudo para as funções que no ano de 1988 apresentavam a menor escolaridade, denotando assim uma melhora na qualificação dos profissionais que atuam como auxiliares e ajudantes da área de saúde. Esses resultados podem ter sido decorrentes do Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), desenvolvido pelo Ministério da Saúde para aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados pelo Auxiliar e Técnico de enfermagem (PROFAE b, 2002).

Quanto ao Status ocupacional, em 1988, em média, tiveram destaque o Médico, com 85,98, seguido pelo Psicólogo, com 53,20, e em terceiro lugar pelo Biomédico, com 48,25. Os menores valores ficaram para o Atendente de parteira, com 9,90, e o Aux./Ajud./Atend de enfermagem/Téc. e Agente comunitário, com 12,41. Entretanto, no ano de 1996 a média para os Médicos manteve-se quase que inalterada, com 85,12, revelando uma elevação para o Biomédico, com 75,46, e para o Psicólogo, com 79,66. Foi observado ainda que as ocupações com menor *status* também tiveram um aumento real nas médias apresentadas, ficando a Auxiliar de parteira com 40,96 e o Aux./Ajud./Atend de enfermagem/Téc. e Agente comunitário com 49,89, reforçando mais uma vez a possível influência do PROFAE nesses resultados.

Sendo assim, foi possível observar que tanto a remuneração como a quantidade de anos de estudo e status ocupacional tiveram um aumento significativo, principalmente nas ocupações de menor qualificação da área de saúde brasileira, durante o período de 1988 e 1996.

Gráfico 4.1 a Renda média por ocupação – 1988 e 1996

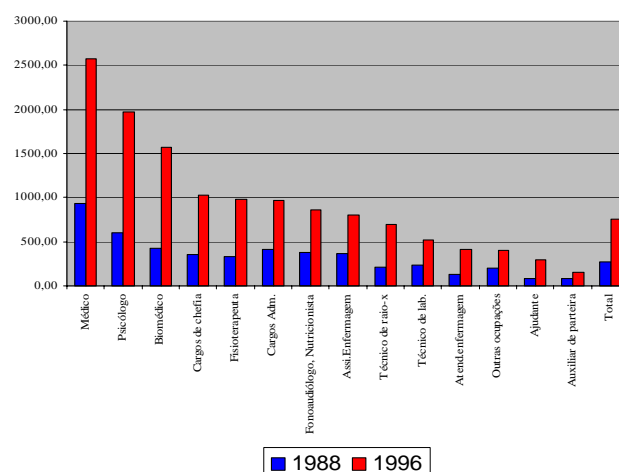
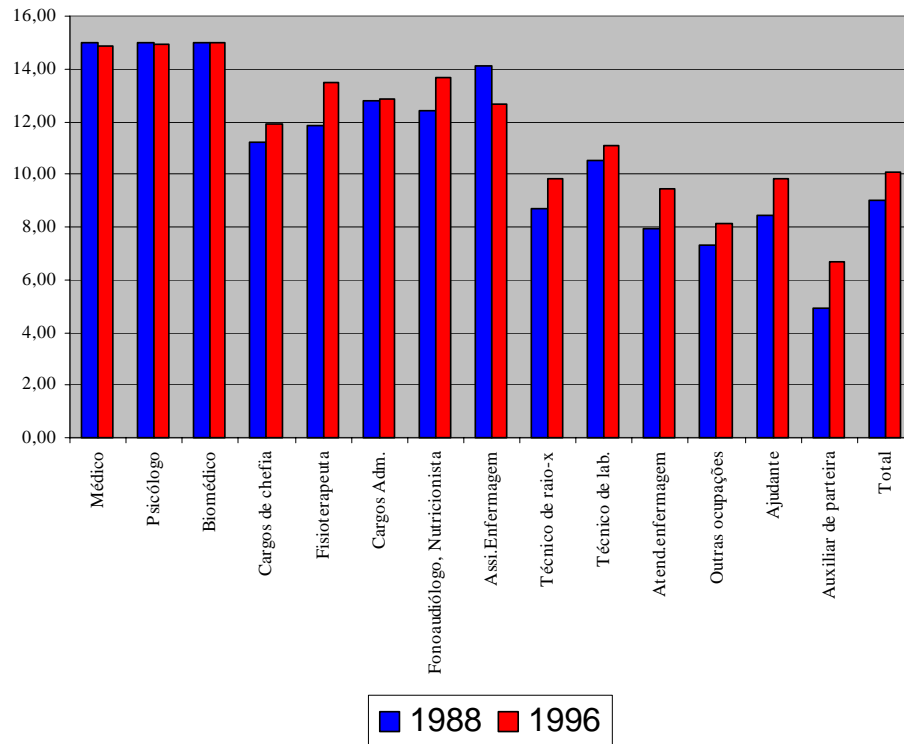


Gráfico 4.1 b Escolaridade média por ocupação – 1988 e 1996

Os resultados obtidos nas tabelas e gráficos acima se assemelham aos dados fornecidos pelo Boletim Sinais do Mercado de Trabalho em Saúde (1999) quanto ao fato de a remuneração mais elevada ser a do Médico em 1988. Por outro lado, diverge quanto aos menores entre Auxiliar de enfermagem e Auxiliar de parteira. Entretanto, a ocupação seguinte mais bem remunerada foi identificada para o Psicólogo, revelando-se diferente do referido Boletim, que aponta o Dentista ocupando o segundo lugar. Além disso, os salários também aumentaram, assemelhando-se à pesquisa realizada pela fonte acima citada. Vale salientar que as ocupações que necessitam de maior investimento em educação são as mais bem remuneradas, conforme pensamento de England (1992).

Fazendo uma análise comparativa das variáveis nos anos de 1988 e 1996, foram obtidos os seguintes resultados, apresentados nas tabelas e gráficos abaixo:

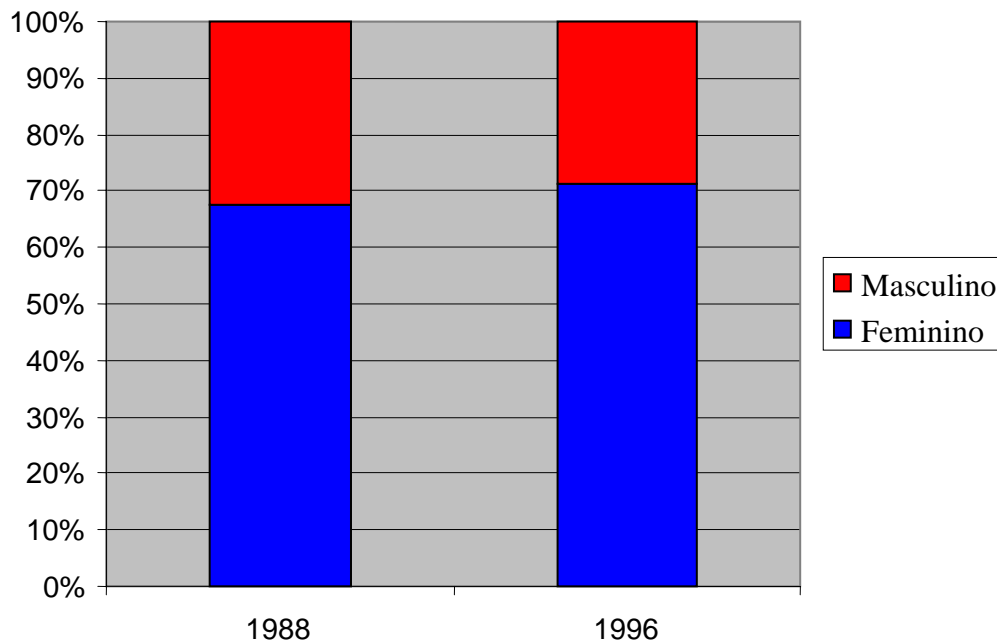
Variável Sexo

Tabela 4.2 Tabela Comparativa da Variável Sexo – 1988 e 1996

Sexo	1988		1996	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Feminino	1109	67,50	2494	71,34
Masculino	534	32,50	1002	28,66
Total	1643	100	3496	100

Fonte: PNADs 1988 e 1996

Gráfico 4.2 Distribuição percentual do sexo – 1988 x 1996



Pode-se notar que não houve mudança considerável na distribuição de 1988 para 1996 com relação ao gênero dos profissionais, ficando a incidência maior em torno de 70% para o sexo feminino, reforçando a afirmação de Ikeda (2000) de que aumentou a participação de mulheres no mercado de trabalho das áreas urbanas e que na área de saúde elas constituem a maioria dos trabalhadores. O percentual de 70% da participação de mulheres no mercado de trabalho da área de saúde obtidos na pesquisa superaram os 60% apresentados por Duchiate (1995).

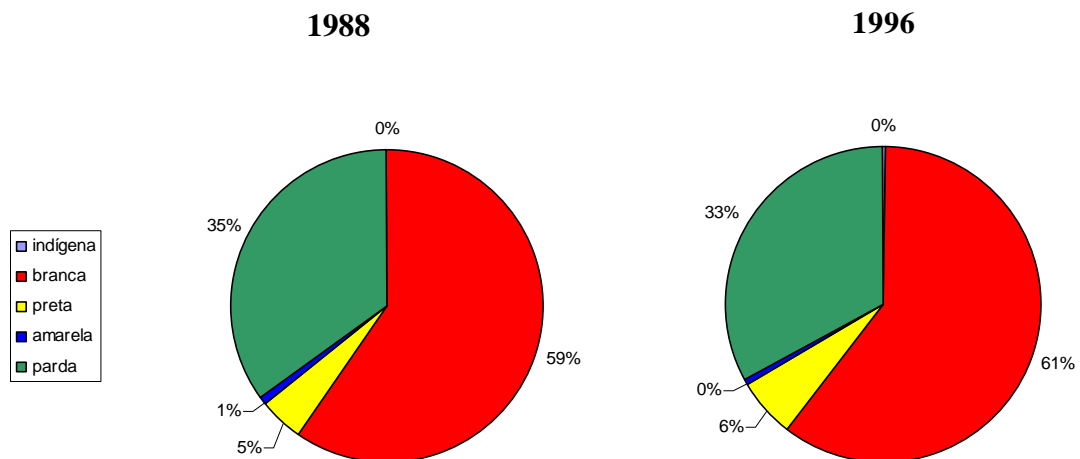
Variável Cor

Tabela 4.3 Tabela Comparativa da Variável Cor – 1988 e 1996

Cor	1988		1996	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
indígena			6	0,17
branca	975	59,34	2097	59,98
preta	80	4,87	221	6,32
amarela	12	0,73	17	0,49
parda	576	35,06	1155	33,04
Total	1643	100	3496	100

Fonte: PNADs 1988 e 1996

Gráfico 4.3 Distribuição percentual da raça – 1988 e 1996



Com relação à raça, também não houve uma mudança significativa na distribuição nos dois anos pesquisados, entretanto a amostra foi composta em sua maioria por sujeitos brancos (60%) e pardos (35%).

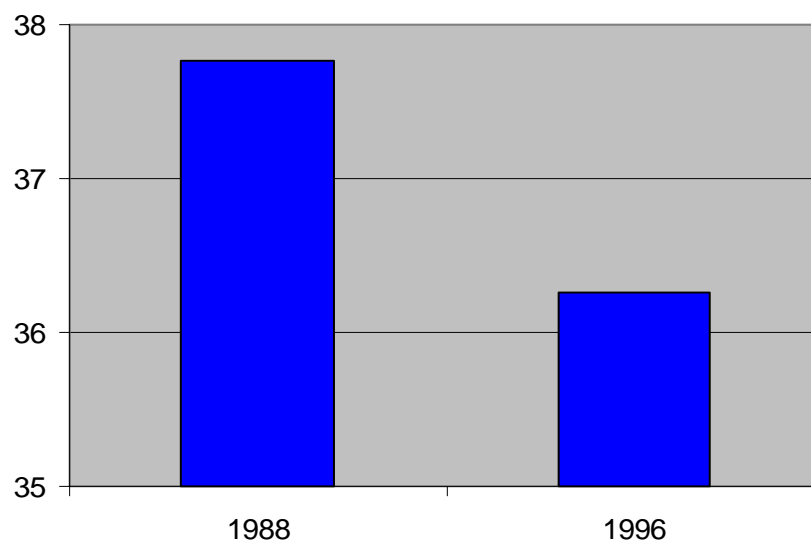
Variável Idade

Tabela 4.4 Idade – 1988 e 1996

Idade		
Ano	Média	Desvio Padrão
1988	37,77	10,13
1996	36,26	10,73

Fonte: PNADs 1988 e 1996

Gráfico 4.4 Média da Idade – 1988 e 1996



Vale ressaltar que a idade média dos profissionais da área de saúde diminuiu 1,5 ano durante os anos de 1988 a 1996, devido à entrada de jovens cada vez mais cedo no mercado de trabalho, conforme acredita Duchiate (1995), pois houve um incremento de 40 milhões na população ativa, durante o período de 1980 a 1990, decorrente da entrada de jovens e mulheres no mercado de trabalho, aumentando a luta pela sobrevivência nos centros urbanos.

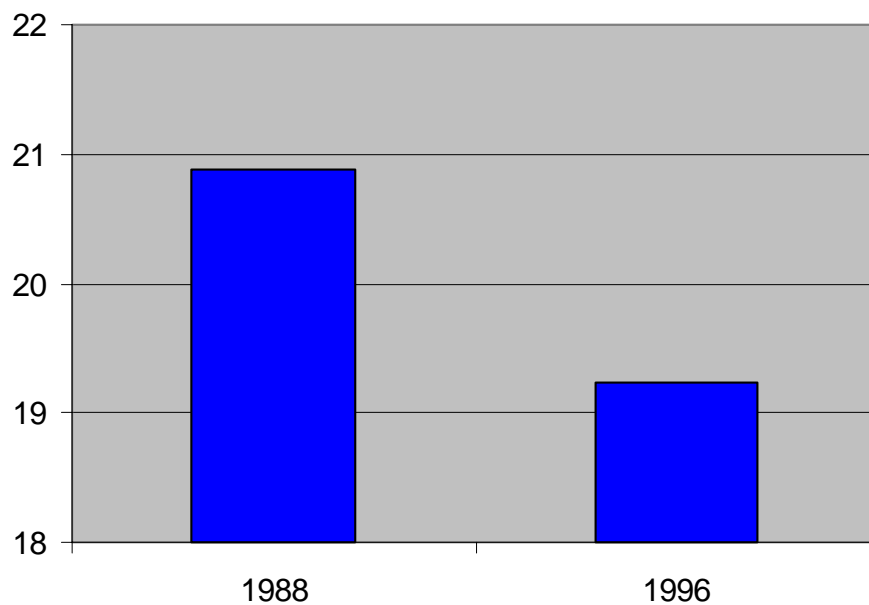
Variável Experiência

Tabela 4.5 Experiência – 1988 e 1996

Experiência		
Ano	Média	Desvio Padrão
1988	20,88	11,81
1996	19,24	12,08

Fonte: PNADs 1988 e 1996

Gráfico 4.4 Média da Experiência – 1988 e 1996



Foi observado que, assim como a idade, os anos de experiência também diminuiram 1,5 ano de 1988 a 1996, já que existem trabalhadores mais jovens atuando no mercado de trabalho, conseqüentemente com menos experiência profissional.

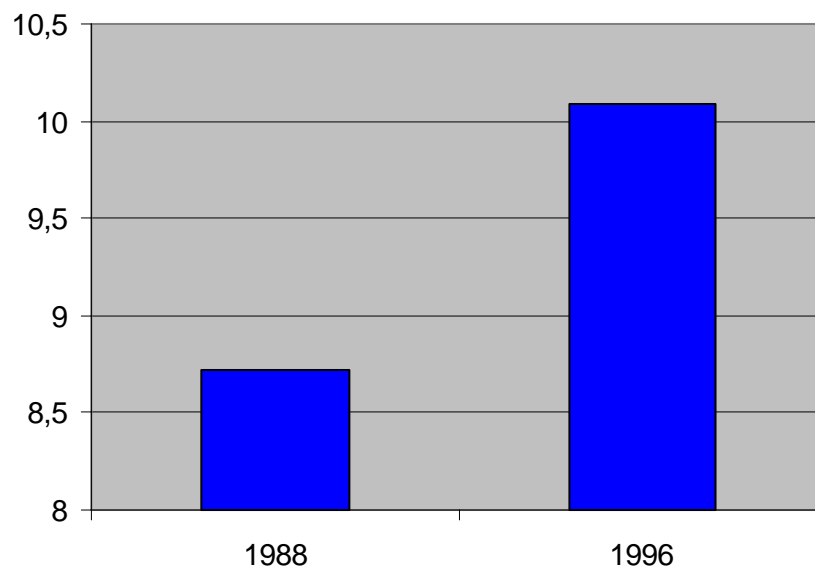
Variável Anos de Estudo

Tabela 4.5 Média de Anos de Estudo – 1988 e 1996

Anos de Estudo		
Ano	Média	Desvio Padrão
1988	8,72	4,67
1996	10,09	3,97

Fonte: PNADs 1988 e 1996

Gráfico 4.5 Média de Anos de Estudo – 1988 e 1996



Quanto ao fator anos de estudo, foi detectado um aumento de 8,7 anos em 1988 para 10,1 em 1996, confirmando que existe uma necessidade de maior qualificação da mão-de-obra para fazer frente à utilização de novas tecnologias, configurando assim a exigência de maior qualificação da mão-de-obra e reforçando a importância da educação na área de saúde, conforme afirma Assis (2000).

Variável Status Ocupacional

Tabela 4.6 Média de Status Ocupacional – 1988 e 1996

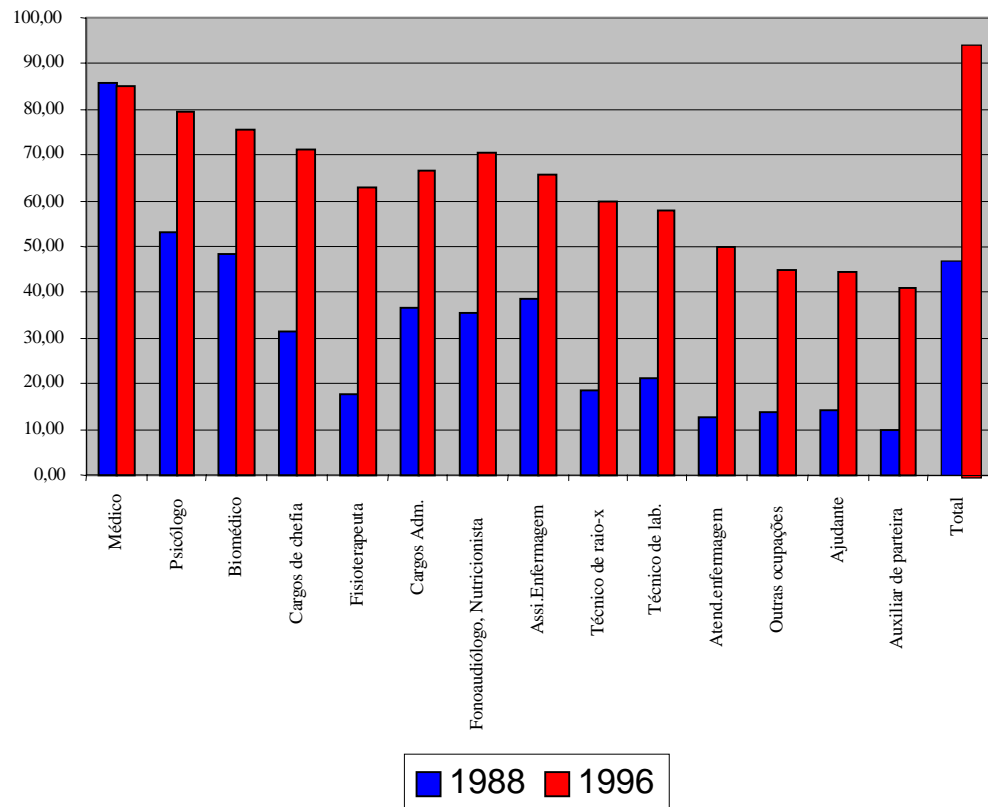
Ocupação	1988	1996
Proprietário ou Sócio	-	72,28
Cargos administrativos	36,61	66,59
Cargos de chefia	31,30	71,12
Ajudante	13,98	44,37
Biomédico	48,25	75,46
Médico	85,98	85,12
Assistente de enfermagem	38,56	65,58
Fonoaudiólogo, Nutricionista	35,45	70,48
Atendente de enfermagem	12,41	49,89
Fisioterapeuta	17,81	63,14
Técnico de Raio-x	18,61	59,75
Auxiliar de parteira	9,90	40,96
Técnico de laboratório	21,32	57,92
Psicólogo	53,20	79,66
Outras ocupações	13,76	44,96
Total	437,14	947,28

Fonte: PNADs 1988 e 1996

Observou-se que, ao longo dos anos, as ocupações apresentaram uma elevação do status sócio-econômico, conforme análises realizadas nas Tabelas 4.1a e 4.1b.

Notou-se ainda que, durante o período da pesquisa, o status do Médico revelou uma pequena diminuição, diferentemente das outras ocupações. Entretanto, apenas no ano de 1996 a ocupação Proprietário ou Sócio passou a ser pontuada e apresentou-se como significativa (72,28), o que talvez explique a queda no status dos médicos, pois a maioria que atua nessas ocupações possui formação acadêmica em Medicina.

Esses resultados confirmam o pensamento de Peduzzi (2001 a) de que existe uma valorização social baseada nas diferenças técnicas das profissões, determinando relações hierárquicas de subordinação entre os trabalhadores, evidenciando-se o destaque para o cargo de Médico (Nogueira, 1997).

Gráfico 4.6 Média de Status Ocupacional –1988 e 1996**Variável Ocupação de Cargo de chefia****Tabela 4.7 Proporção de profissionais que ocupam cargo de chefia – 1988 e 1996**

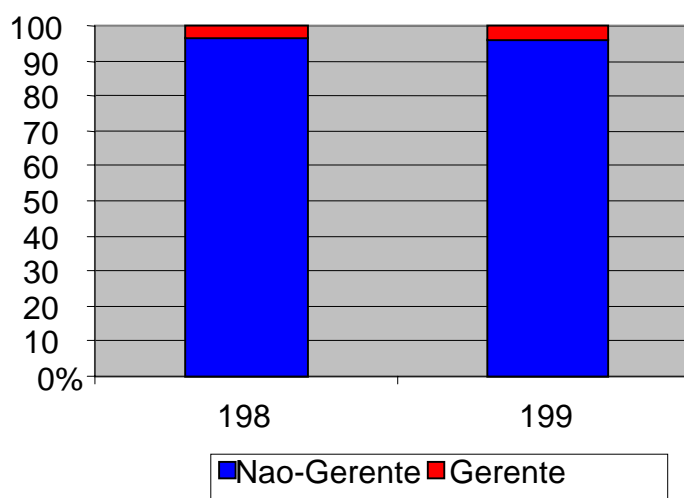
Ocupa cargo de Chefia	1988		1996	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Não	2389	96,50%	3351	95,90%
Sim	87	3,50%	145	4,10%
Total	2476	100,00%	3496	100,00%

Fonte: PNADs 1988 e 1996

Em 1988, observou-se que o percentual de profissionais que não ocupavam cargos de chefia foi de 96,50%, enquanto apenas 3% o faziam. Por outro lado, em 1996 houve um acréscimo desse percentual de ocupação, passando para 4,10%. Existe a possibilidade de explicação devido ao fato de que somente os médicos controlam o

processo de trabalho em saúde, por conta da sua autoridade técnica, diferenciando-os dos outros profissionais da área e ocasionando desigualdade entre eles (NOGUEIRA, 1997).

Gráfico 4.7 Proporção de profissionais que ocupam cargo de chefia – 1988 e 1996



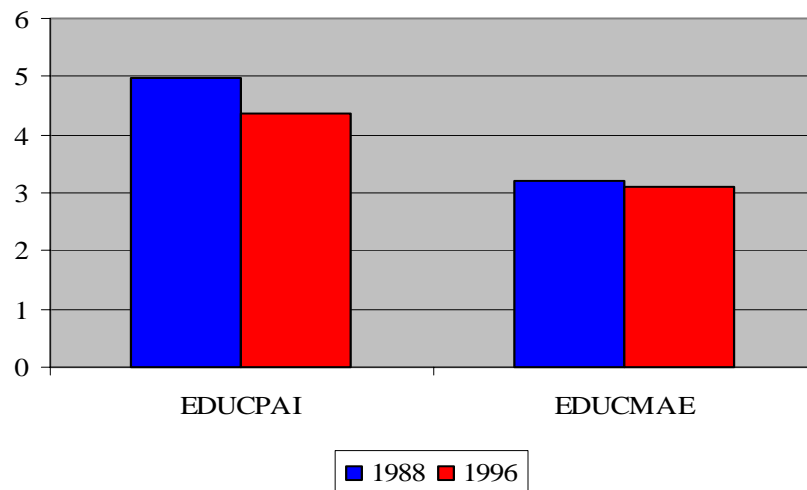
Variáveis Educação de pai e Educação de mãe

Tabela 4.8 Percentual de educação de pai e educação de mãe para cargo de chefia – 1988 e 1996

Ano	Educação de pai	Educação de mãe
1988	4,97	3,2
1996	4,37	3,11

Fonte: PNADs 1988 e 1996

Gráfico 4.8 Percentual de educação de pai e educação de mãe para cargo de chefia – 1988 e 1996



Observou-se que houve uma queda na influência da educação dos pais para a ocupação de cargos de chefia ao longo dos anos, entretanto a educação do pai ainda continuou a ter uma importância muito maior em relação à educação da mãe, apesar de essa

importância média ter diminuído mais do que a da mãe durante o período de avaliação desta pesquisa.

No que se refere à **Hipótese 1**, que corresponde a um modelo de regressão logística, foram analisadas as variáveis das PNADs de 1988 e 1996, cujos dados estão apresentados na Tabela 4.9, logo abaixo:

Tabela 4.9 Coeficientes da regressão logística para o modelo completo.

Ano de referência	Variável	Coefficiente	Erro Padrão	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1988	Sexo	0,28*	0,216*	1,691*	1*	0,194*	1,323*
	Escolaridade	0,045*	0,023*	3,753*	1*	0,053*	1,046*
	Exp.Octogon	0,006*	0,008*	0,688*	1*	0,407*	1,006*
	Exp.Octogon. ²	0*	0*	3,698*	1*	0,054*	1*
	Educ. de Mãe	-0,071	0,034	4,405	1	0,036	0,931
	Educ. de Pai	0,049*	0,032*	2,44*	1*	0,118*	1,051*
	Constante	2,121	0,198	114,679	1	0	8,337
1996	Sexo	0,019*	0,114*	0,027*	1*	0,869*	1,019*
	Escolaridade	0,031	0,014	4,785	1	0,029	1,031
	Exp.Octogon	0,031	0,004	55,506	1	0	1,032
	Exp.Octogon. ²	-0,002	0	84,384	1	0	0,998
	Educ. de Mãe	-0,027*	0,019*	2,035*	1*	0,154*	0,973*
	Educ. de Pai	0,013*	0,014*	0,816*	1*	0,366*	1,013*
	Constante	1,812	0,15	145,472	1	0	6,121

Fonte: PNAD 1988 e PNAD 1996

Nota 1: * coeficientes que apresentam $|t| < 3,00$

Nota 2: variável dependente Ln da empregabilidade formal

Nota 3: o termo quadrático da experiência é adicionado para dar conta do fato de que os retornos salariais dos anos de experiências de trabalho são declinantes, tendendo a tornarem-se negativos no final da carreira profissional do indivíduo

Devido aos resultados não-satisfatórios do modelo completo, efetuou-se novo modelo de regressão retirando as variáveis: educação da mãe, educação do pai e a constante, para verificar se o modelo melhorava.

Novo modelo a ser efetuado:

Modelo:

$$\text{Ln}[P(Y = 1) / 1 - P(Y = 1)] = \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 - \beta_4 X_3^2 + \varepsilon$$

Onde:

Y= Empregabilidade formal (está formalmente ocupado=1; não está formalmente empregado=0);

X₁= Escolaridade (anos de estudo completados com sucesso);

X₂ = Sexo (masculino=1; feminino=0);

X₃ = Experiência;

X_{3²} = Experiência ao quadrado (anos de experiência de trabalho; inclui-se um termo quadrado para dar conta do fato de que a empregabilidade tende a cair após uma certa idade);

Os resultados obtidos no novo modelo estão apresentados na Tabela 4.10 a seguir:

Tabela 4.10 Coeficientes da regressão e do modelo reduzido - sem as variáveis educação da mãe, educação do pai e sem constante.

Ano de referência	Variável	Coef.	Erro Padrão	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1988	Sexo	0,691	0,203	11,632	1	0,001	1,995
	Escolaridade	0,247	0,014	305,491	1	0	1,28
	Exp.Octog.	0,026	0,007	12,457	1	0	1,027
	Exp.Octog. ²	0,001*	0*	1,899*	1*	0,168*	1,001*
1996	Sexo	0,31	0,106	8,59	1	0,003	1,363
	Escolaridade	0,173	0,007	699,014	1	0	1,189
	Exp.Octog.	0,037	0,004	80,553	1	0	1,037
	Exp.Octog. ²	-0,001	0	28,383	1	0	0,999

Fonte: PNAD 1988 e PNAD 1996

Nota 1: * coeficientes que apresentam $|t| < 3,00$

Nota 2: variável dependente Ln da empregabilidade formal

Nota 3: o termo quadrático da experiência é adicionado para dar conta do fato de que os retornos salariais dos anos de experiências de trabalho são declinantes, tendendo a tornarem-se negativos no final da carreira profissional do indivíduo.

Mesmo com a utilização do novo modelo, os resultados vão de encontro às teorias do capital humano e do Pós-Fordismo, que afirmam que quanto maior o número de anos de estudo maior a probabilidade de o trabalhador manter-se empregado ao longo do tempo, uma vez que o coeficiente da variável Escolaridade em 1988 foi de 0,247 e em

1996 diminuiu para 0,173, não confirmando a Hipótese 1. Houve um aumento da escolaridade média, embora o efeito da educação tenha diminuído.

Tais resultados apóiam a teoria de Thurow apud Fernandes, Neves e Haller, (1999), que afirma que a educação poderia estar servindo muito mais como critério para descartar os profissionais menos qualificados do processo de admissão, buscando-se assim economizar nos investimentos para qualificação da mão-de-obra. E, para tal, exige uma maior qualificação sem oferecer melhores empregos.

Vale ressaltar que para Becker apud Fernandes, Neves e Haller (1999) há uma relação positiva entre educação experiência, pois muitas das qualificações exigidas dos trabalhadores são adquiridas no próprio ambiente de trabalho (*on the job*). Associado a isso, existe o alto nível de desemprego, levando o profissional a buscar novas qualificações e conhecimentos (AZEVEDO, 2001).

É importante ainda destacar que o aumento de escolaridade reflete em aumento de salário e que ocupação elevada implica elevação de status social e nível salarial (NEVES, FERNANDES e HALLER, 1998).

Quanto à **Hipótese 2**, que também corresponde a um modelo de regressão logística, os dados estão expostos na Tabela 4.11, a seguir:

Tabela 4.11 Coeficientes da regressão das variáveis do modelo completo.

Ano de referência	Variável	Coef.	Erro Padrão	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1988	Sexo	-0,322*	0,315*	1,044*	1,000*	0,307*	0,725*
	Escolaridade	0,168	0,043	15,502	1,000	0,000	1,183
	Exp.Octog.	0,016*	0,013*	1,470*	1,000*	0,225*	1,016*
	Exp. Octog. ²	0,000*	0,001*	0,155*	1,000*	0,694*	1,000*
	Educ.de mãe	0,042*	0,045*	0,881*	1,000*	0,348*	1,043*
	Educ. de Pai	-0,020*	0,040*	0,258*	1,000*	0,612*	0,980*
	Índice Ocupac.	-0,016	0,007	4,758	1,000	0,029	0,984
	Constante	-4,347	0,388	125,303	1,000	0,000	0,013
	Sexo	-0,047*	0,205*	0,054*	1,000*	0,817*	0,954*
	Escolaridade	-0,038*	0,035*	1,209*	1,000*	0,272*	0,962*
	Exp.Octog.	0,018*	0,009*	3,724*	1,000*	0,054*	1,018*
	Exp. Octog. ²	-0,001*	0,001*	1,955*	1,000*	0,162*	0,999*
	Educ.de mãe	-0,008*	0,030*	0,065*	1,000*	0,799*	0,992*
	Educ. de Pai	-0,026*	0,022*	1,422*	1,000*	0,233*	0,975*
	Índice Ocupac.	0,045	0,008	29,583	1,000	0,000	1,046
	Constante	-5,153	0,356	209,717	1,000	0,000	0,006

Fonte: PNAD 1988 e PNAD 1996

Nota 1: * coeficientes que apresentam $|t| < 3,00$.

Nota 2: variável dependente Ln da ocupação de cargo de chefia.

Nota 3: o termo quadrático da experiência é adicionado para dar conta do fato de que os retornos salariais dos anos de experiências de trabalho são declinantes, tendendo a tornarem-se negativos no final da carreira profissional do indivíduo.

Nessa regressão, observou-se que todas as variáveis, com exceção do índice ocupacional, e a constante não são significativas. Uma possível explicação para o fato de a variável nível educacional não ter tido a significância estatística esperada pode ser devido ao tamanho da amostra. Entretanto, para confirmar essa possibilidade repetiu-se o modelo sem as variáveis de controle educação do pai e educação da mãe e sem a constante, na tentativa de visualizar a significância da mesma.

O novo modelo testado foi o seguinte:

Modelo:

$$\text{Ln}[P(Y = 1) / 1 - P(Y = 1)] = \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \varepsilon$$

Onde:

Y = ocupação de cargo de chefia (ocupa cargo de chefia = 1; não ocupa cargo de chefia = 0);

X₁ = Escolaridade (anos de estudo completados com sucesso);

X₂ = Sexo (masculino=1; feminino=0);

X₃ = Experiência;

X₄ = Experiência ao quadrado (anos de experiência de trabalho; inclui-se um termo quadrado para dar conta do fato de que a empregabilidade tende a cair após uma certa idade);

X₅ = Status ocupacional (nível sócio-econômico da ocupação; varia entre 0 e 100 e se baseia na escala desenvolvida por Valle Silva 2000).

Os resultados do novo modelo encontram-se na Tabela 4.12, a seguir.

Tabela 4.12 Coeficientes da regressão das variáveis do Modelo sem as variáveis educação da mãe e educação do pai

Ano de referência	Variável	Coef.	Erro Padrão	Wald	df	Sig.	Exp(B)
1988	Sexo	-0,314*	0,315*	0,992*	1,000*	0,319*	0,731*
	Escolaridade	0,173	0,042	17,337	1,000	0,000	1,189
	Exper. Octog.	0,014*	0,013*	1,243*	1,000*	0,265*	1,015*
	Exper. Octog ²	0,000*	0,001*	0,146*	1,000*	0,703*	1,000*
	Índice Ocupac.	-0,015	0,007	4,539	1,000	0,033	0,985
	Constante	-4,348	0,389	125,083	1,000	0,000	0,013
1996	Sexo	-0,051*	0,190*	0,072*	1,000*	0,788*	0,950*
	Escolaridade	-0,041*	0,032*	1,654*	1,000*	0,198*	0,960*
	Exper. Octog.	0,024	0,009	7,437	1,000	0,006	1,025
	Exper. Octog ²	-0,001	0,001	4,604	1,000	0,032	0,999
	Índice Ocupac.	0,044	0,008	32,576	1,000	0,000	1,045
	Constante	-5,106	0,330	239,502	1,000	0,000	0,006

Fonte: PNAD 1988 e PNAD 1996

Nota 1: * coeficientes que apresentam $|t| < 3,00$.

Nota 2: variável dependente Ln da ocupação de cargo de chefia.

Nota 3: o termo quadrático da experiência é adicionado para dar conta do fato de que os retornos salariais dos anos de experiências de trabalho são declinantes, tendendo a tornarem-se negativos no final da carreira profissional do indivíduo.

Pode-se observar no quadro acima que, no novo modelo, a variável nível educacional ainda não é significativa em nível de 0,05 e que sua significância diminuiu para a base de 1996. Sendo assim, considera-se não confirmada a Hipótese 2, que, baseada nas Teorias do Capital Humano e do Pós-Fordismo, afirma que aumenta o efeito da escolaridade sobre a ocupação de cargo de chefia. Entretanto, tais resultados apóiam o fato de que as organizações proporcionam melhoria de qualificação para seus funcionários, independentemente se ocupam ou não cargos de chefia, permitindo a sua participação na implantação de inovações tecnológicas e sócio-organizacionais (TOLFO, PICCINI e GUIMARÃES, 1999).

Com relação à **Hipótese 3**, sendo uma regressão linear múltipla de mínimos quadrados, obtiveram-se os seguintes dados, conforme a Tabela 4.13:

Tabela 4.13 Coeficientes da regressão das variáveis do modelo completo

Ano de referência	Variável	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padronizado	t	Sig.
1988	Constante	3,682	0,041		89,574	0,000
	Sexo	0,540	0,040	0,239	13,537	0,000
	Escolaridade	0,131*	0,005	0,580	29,067	0,000
	Exper. Octog	0,009	0,002	0,099	5,392	0,000
	Exper. Octog ²	0,000	0,000	-0,073	-4,191	0,000
	Índice Ocup.	0,000*	0,000*	0,000*	0,028*	0,978*
	Ocup.Cargo de chefia	0,120*	0,094*	0,022*	1,278*	0,201*
	Educ.do Pai	0,026	0,006	0,110	4,514	0,000
	Educ. da mãe	0,013*	0,007*	0,047*	1,892*	0,059*
1996	Constante	3,585	0,045		78,824	0,000
	Sexo	0,297	0,028	0,131	10,745	0,000
	Escolaridade	0,076*	0,004	0,292	17,206	0,000
	Exper. Octog	0,018	0,001	0,218	16,458	0,000
	Exper. Octog ²	0,000	0,000	-0,089	-7,006	0,000
	Índice Ocup.	0,029	0,001	0,444	25,995	0,000
	Ocup.Cargo de chefia	-0,098*	0,062*	-0,019*	-1,581*	0,114*
	Educ.do Pai	0,012	0,003	0,052	3,777	0,000
	Educ. da mãe	0,012	0,005	0,037	2,689	0,007

Fonte: PNAD 1988 e PNAD 1996

Nota 1: * coeficientes que apresentam $|t| < 3,00$.

Nota 2: variável dependente Ln do salário (renda principal).

Nota 3: o logaritmo neperiano é tradicionalmente utilizado em funções de salário. A aplicação da transformação de logaritmo na variável salário ajuda a remediar problemas de violação das hipóteses da análise de regressão, em particular homoscedasticidade, normalidade e linearidade.

Nota 4: o termo quadrático da experiência é adicionado para dar conta do fato de que os retornos salariais dos anos de experiências de trabalho são declinantes, tendendo a tornarem-se negativos no final da carreira profissional do indivíduo..

Nota 5: Os valores de salário de 1988 foram corrigidos para dez/1996 com base no INPC.

Pode-se observar acima que a variável escolaridade é significativa para as duas bases de dados, porém, como o valor do coeficiente estimado para 1988 é maior que o estimado para 1996, a hipótese de que o efeito da escolaridade aumenta com o passar do tempo não é confirmada. Como existem algumas variáveis que não são significativas, foi testada uma outra regressão, sem a variável ocupação de cargo de chefia, buscando um modelo em que se visualize melhor significância.

O novo modelo testado foi o seguinte:

Modelo:

$$\ln(y) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 - \beta_4 X_3^2 + \beta_5 X_4 + \beta_6 X_5 + \varepsilon$$

Onde:

Y = Renda mensal oriunda do trabalho;

X_1 = Escolaridade (anos de estudo completados com sucesso);

X_2 = Sexo (masculino=1; feminino=0);

X_3 = Experiência;

X_{3^2} = Experiência ao quadrado (anos de experiência de trabalho; inclui-se um termo quadrado para dar conta do fato de que a empregabilidade tende a cair após uma certa idade);

X_4 = Status ocupacional (nível sócio-econômico da ocupação; varia entre 0 e 100 e se baseia na escala desenvolvida por Valle Silva 2000);

X_5 = Educação do pai;

X_6 = Educação da mãe;

Após o teste do novo modelo, obtiveram-se os seguintes dados, expostos na Tabela 4.14, a seguir:

Tabela 4.14 Coeficientes da regressão das variáveis do modelo sem a variável ocupação de cargo de chefia.

Ano de referência	Variável	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padronizado	t	Sig.
1988	Constante	3,680	0,041		89,617	0,000
	Sexo	0,538	0,040	0,238	13,495	0,000
	Escolaridade	0,132	0,005	0,582	29,268	0,000
	Exper. Octog	0,009	0,002	0,100	5,430	0,000
	Exper. Octog. ²	0,000	0,000	-0,073	-4,200	0,000
	Índice Ocupac	0,000*	0,000*	0,000*	-0,019*	0,985*
	Educ. de Pai	0,026	0,006	0,110	4,494	0,000
	Educ. de Mãe	0,013*	0,007*	0,047*	1,919*	0,055*
1996	Constante	3,590	0,045		79,035	0,000
	Sexo	0,298	0,028	0,131	10,749	0,000
	Escolaridade	0,076	0,004	0,292	17,223	0,000
	Exper. Octog	0,018	0,001	0,217	16,409	0,000
	Exper. Octog. ²	0,000	0,000	-0,088	-6,976	0,000
	Índice Ocupac	0,029	0,001	0,441	25,966	0,000
	Educ. de Pai	0,013	0,003	0,052	3,811	0,000
	Educ. de Mãe	0,012	0,005	0,037	2,697	0,007

Fonte: PNAD 1988 e PNAD 1996

Nota 1: * coeficientes que apresentam $|t| < 3,00$

Nota 2: variável dependente Ln do salário (renda principal).

Nota 3: o logaritmo neperiano é tradicionalmente utilizado em funções de salário. A aplicação da transformação de logaritmo na variável salário ajuda a remediar problemas de violação das hipóteses da análise de regressão, em particular homoscedasticidade, normalidade e linearidade.

Nota 4: o termo quadrático da experiência é adicionado para dar conta do fato de que os retornos salariais dos anos de experiências de trabalho são declinantes, tendendo a tornarem-se negativos no final da carreira profissional do indivíduo.

Nota 5: Os valores de 1988 foram corrigidos para dez/1996 com base no INPC.

Observou-se na tabela acima que, para o ano de 1996, todas as variáveis são significativas ao nível de 1%, enquanto para 1988 as variáveis: índice ocupacional e educação da mãe não o são. Isso provavelmente se deveu ao fato de o tamanho da amostra do banco de 1988 ter sido bem menor que o de 1996. Destacou-se ainda o fato de que o efeito da escolaridade diminuiu ao longo dos anos.

Tais dados permitem afirmar que a Hipótese 3, baseada nas Teorias do Capital Humano e do Pós-Fordismo, não foi confirmada, pois não houve aumento do efeito da escolaridade sobre o salário ao longo do tempo. Em contrapartida, a teoria do Credencialismo afirma que a média educacional tem aumentado, pois as organizações

exigem uma maior qualificação formal, e não devido a transformações na estrutura de cargos e funções (BERG apud FERNANDES, NEVES e HALLER, 1999).

A **Hipótese 4**, que também corresponde a uma regressão linear múltipla de mínimos quadrados, busca analisar se a taxa de retorno salarial da escolaridade é maior para aqueles que ocupam cargos de chefia do que para aqueles que não os ocupam. Segundo Gujarati (2000), existem duas opções para avaliar os procedimentos desses dados: o teste de Chow, ou o das variáveis *dummies*, ambos os procedimentos descritos em Gujarati (2000). O uso de variáveis *dummies* é mais simples e, como ambos os processos fornecem a mesma conclusão, foi utilizada a segunda metodologia.

Modelo:

$$\ln(y) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 - \beta_4 X_3^2 + \beta_5 X_4 + \beta_6 X_5 + \beta_7 X_6 + \beta_8 X_7 + \varepsilon$$

Onde:

Y= Renda mensal oriunda do trabalho;

X₁= Escolaridade (anos de estudo completados com sucesso);

X₂ = Sexo (masculino=1; feminino=0);

X₃ = Experiência

X₃² = Experiência ao quadrado (anos de experiência de trabalho; inclui-se um termo quadrado para dar conta do fato de que a empregabilidade tende a cair após uma certa idade);

X₄ = Status ocupacional (nível sócio-econômico da ocupação; varia entre 0 e 100 e se baseia na escala desenvolvida por Valle Silva 2000);

X₅ = Educação do pai;

X₆ = Educação da mãe;

X_7 = Ocupação de cargos de chefia;

X_8 = Produto das variáveis X_1 e X_8 (Escolaridade x ocupação de cargo de chefia).

Após a execução do modelo, obtiveram-se os seguintes dados, expostos na tabela 4.15, a seguir:

Tabela 4.15 Coeficientes da regressão das variáveis do modelo completo

Ano de referência	Variável	Coef.	Erro Padrão	Coef. Padronizado	t	Sig.
1988	Constante	3,673	0,041		88,650	0,000
	Sexo	0,541	0,040	0,239	13,570	0,000
	Escolaridade	0,133	0,005	0,585	28,986	0,000
	Índice Ocup.	0,000*	0,000*	0,000*	0,009	0,993*
	Ocup.cargo de chefia	0,569	0,279	0,103	2,038	0,042
	Exper.Octog.	0,009	0,002	0,100	5,438	0,000
	Exper. Octog ²	0,000	0,000	-0,073	-4,229	0,000
	Educ. de Pai	0,025	0,006	0,109	4,467	0,000
	Educ. de mãe	0,013*	0,007*	0,046*	1,875*	0,061*
	Escol x Oc. cargo de chefia	-0,042*	0,025*	-0,087*	-1,707*	0,088*
1996	Constante	3,588	0,045		78,855	0,000
	Sexo	0,297	0,028	0,131	10,744	0,000
	Escolaridade	0,075	0,004	0,287	16,634	0,000
	Índice Ocup.	0,029	0,001	0,447	26,018	0,000
	Ocup.Cargo de chefia	-0,496	0,253	-0,095	-1,960	0,050
	Exper.Octog.	0,018	0,001	0,217	16,408	0,000
	Exper. Octog ²	0,000	0,000	-0,089	-7,019	0,000
	Educ. de Pai	0,012	0,003	0,051	3,766	0,000
	Educ. de mãe	0,012	0,005	0,036	2,685	0,007
	Escol x Oc. Cargo de chefia	0,035*	0,021*	0,079*	1,622*	0,105*

Fonte: PNAD 1988 e PNAD 1996

Nota 1: * coeficientes que apresentam $|t| < 3,00$

Nota 2: variável dependente Ln do salário (renda principal)

Nota 3: o logaritmo neperiano é tradicionalmente utilizado em funções de salário. A aplicação da transformação de logaritmo na variável salário ajuda a remediar problemas de violação das hipóteses da análise de regressão, em particular homoscedasticidade, normalidade e linearidade.

Nota 4: o termo quadrático da experiência é adicionado para dar conta do fato de que os retornos salariais dos anos de experiências de trabalho são declinantes, tendendo a tornarem-se negativos no final da carreira profissional do indivíduo.

Nota 5: Os valores de 1988 foram corrigidos para dez/1996 com base no INPC.

Baseado na tabela acima, se observou que a variável escolaridade x ocupação de cargo de chefia não é significativa. Dessa forma, pode-se dizer que a Hipótese 4, baseada na análise de classes de Wright, não foi confirmada, pois evidenciou-se que, a taxa de retorno salarial da escolaridade é maior para aqueles que ocupam cargos de chefia do que para os que não ocupam. Esses resultados apóiam a teoria de Almeida e Pereira (2000), que acreditam que os salários dependem mais dos empregos em que se tem acesso do que das características de cada trabalhador, pois socialização e o tipo de formação profissional influenciam nos rendimentos futuros das pessoas, já que as escolas selecionam os estudantes baseados no seu *status* econômico, origem familiar e outras características pessoais, e que também influenciam os processos de admissão, manutenção e demissão no mercado de trabalho. Isso se deve à tendência das organizações que optam por profissionais mais qualificados, com níveis sócio-econômicos mais elevados, o que implica a admissão de pessoas com melhor educação e mão-de-obra diferenciada.

No setor de saúde, os cargos de chefia são diferentes, pois as questões administrativas são geralmente desenvolvidas por outras ocupações que não atuam como chefes. Quem operacionaliza os processos são as outras pessoas, pois os médicos já possuem um status que os permite agir assim. Não é apenas por conta da sua autoridade técnica, mas geralmente devido à origem familiar e/ou sócio-econômica, habituados a agir com autonomia perante os demais componentes da equipe, não se submetendo às burocracias e hierarquias organizacionais.

8

Conclusões e sugestões

Em resposta à primeira pergunta de pesquisa, que questiona de que forma a qualificação interfere na empregabilidade dos profissionais da área de saúde, pode-se concluir que: a qualificação interfere na empregabilidade dos profissionais à medida que melhor os prepara para o mercado de trabalho. A exigência de qualificações profissionais acima do que realmente é necessário para a execução de determinadas ocupações evidencia a busca das organizações de economizar nos investimentos em treinamento para capacitar melhor os seus funcionários. Ou seja, ao realizar o processo seletivo e admitir profissionais com educação formal diferenciada da média dos que exercem ocupações similares, admite pessoas com potencial de ascensão, o que confere às organizações uma versatilidade no remanejamento do quadro de pessoal em casos de transferências e/ou promoções futuras. Pochmann (2001) afirma que, mesmo sem haver mudanças no conteúdo dos postos de trabalho, os empresários preferem contratar trabalhadores mais escolarizados que estão disponíveis no mercado de trabalho, devido ao desemprego. Tal prática mobiliza os integrantes da organização e os demais profissionais que estão disponíveis no mercado a buscarem melhor formação educacional, atualização ou reciclagem de conhecimentos, elevando assim a qualificação da força de trabalho para manter-se empregado em ambiente tão competitivo. Além disso, a necessidade de a mão-de-obra ser mais qualificada, tanto

tecnicamente quanto em nível de escolaridade, torna o mercado segmentado, com poucas oportunidades de emprego, aumentando a competição pelas vagas existentes, diminuindo assim o efeito da escolaridade sobre a empregabilidade (TENÓRIO, 2000).

Vale salientar que existe uma diferença entre o efeito dos anos de escolaridade e o aumento da importância do efeito da educação. As possíveis explicações para isso, possivelmente, devem-se ao fato de os empregos estarem se mostrando precários e à exigência de credenciais elevadas para o preenchimento das ocupações a serem desenvolvidas nas organizações. Todavia, a aquisição de um maior nível de escolaridade não significa garantia do emprego formal.

Quanto à segunda pergunta de pesquisa, sobre de que maneira as transformações nas organizações da área de saúde interferiram nas alterações dos salários e escolaridade de sua mão-de-obra, evidenciou-se que as mudanças são decorrentes da utilização de equipamentos modernos para os procedimentos de diagnóstico e/ou tratamento de pacientes, o que impõe aos profissionais da área de saúde conhecimento dessa tecnologia avançada como única forma de utilização adequada dos recursos. Exige-se dos profissionais a elevação da escolaridade média formal, além de conhecimento em microinformática e dos novos procedimentos em uso, decorrentes das descobertas técnico/científicas que aumentam o prognóstico de cura dos pacientes atendidos. Faz-se necessário dizer que geralmente os equipamentos são importados, o que torna ainda mais complexo o manuseio por conta da língua estrangeira utilizada nos comandos e que, com o lançamento do Código de Defesa do Consumidor, os pacientes estão mais exigentes quanto à qualidade dos produtos e serviços, não aceitando serem submetidos passivamente a procedimentos ultrapassados e/ou inadequados. Dessa forma, fica evidente a necessidade de buscar continuamente novos conhecimentos para manter-se empregado nesse novo cenário.

A última pergunta investiga de que forma as transformações sofridas na escolaridade da mão-de-obra interferem nas suas chances de ocupar cargos de chefia, ao que este estudo não revelou alterações significativas ao longo do período de 1988 a 1996, como também foram mantidas as diferenças de remuneração das diversas ocupações da área de saúde pesquisadas, permanecendo o Médico e Proprietário ou Sócio como as remunerações mais elevadas. Em contrapartida, os Auxiliares de parteira, Ajudantes de médico, Atendentes de clínicas/laboratório foram os que revelaram remunerações mais baixas. O nível salarial aumentou muito e em algumas ocupações ele foi triplicado. Porém, essa alteração nos salários está sendo cada vez menos explicada pela elevação do nível educacional. Talvez isso se deva a um acréscimo na quantidade de horas trabalhadas e/ou a um maior número de trabalhos exercidos pelos profissionais, buscando suplantar a precarização dos empregos.

Entre as transformações sofridas na mão-de-obra, merece destaque a busca da elevação do nível de escolaridade, decorrente do aumento da média de anos de estudo verificado nesta pesquisa. Esse resultado reflete o esforço dos profissionais da área de saúde, que para se manterem potencialmente empregáveis no mercado de trabalho investiram em melhoria da sua qualificação. Entretanto, esse aumento de qualificação não foi evidenciado como fator determinante nas chances de obter cargos de chefia.

Foi observado que os médicos permanecem com *status* elevado perante as demais ocupações, talvez devido ao fato de que nas organizações da área de saúde não é seguida a hierarquia organizacional. O médico, independentemente de ocupar cargo de chefia, tem um poder legitimado dentro das instituições que o destaca dos demais.

O presente estudo revelou algumas dificuldades observadas ao longo do seu desenvolvimento, entre eles o fato de ter feito uso de dados secundários, apresentando algumas limitações, pois, ao utilizar uma variável importante para determinado modelo,

esta pode ter tido uma influência muito grande nos resultados, entretanto esse dado nem sempre foi possível de ser mensurado.

Outra restrição a esta pesquisa é que a PNAD é um banco de dados muito rico, porém a maior dificuldade que representa para o pesquisador é o fato de ser muito amplo, não permitindo analisar separadamente as variáveis fora do banco de dados, por representarem uma subamostra de um banco maior. Além disso, a classificação dos cargos/categorias feita pela PNAD pode ter dificultado a análise, porque são agrupadas ocupações diferentes ou de níveis hierárquicos diferentes. Dessa maneira, os sujeitos perdem a sua representatividade, não sendo possível acompanhá-los individualmente ao longo dos anos, pois estão inseridos em um panorama geral.

Por outro lado, a área de saúde é deficiente no que se refere a informações científicas detalhadas, sobre o que se passa nas organizações em termos de relações de trabalho, de como se constitui cada grupo ocupacional, as ocupações e as diferenças que existem no setor público e privado, embora os trabalhadores atuem em ambos ao mesmo tempo, e nas transformações que nela têm ocorrido.

Como forma de aprofundar os conhecimentos na área de saúde, sugere-se realizar um modelo metodológico de triangulação para estudar a perspectiva dos empregados e dos empregadores quanto às mudanças ocorridas na mão-de-obra da área de saúde brasileira.

Seria também interessante analisar mais a fundo a questão da influência da tecnologia da informação na área de saúde brasileira e as exigências de qualificação que a mesma implica.

Outra investigação importante poderia ser realizada entre as diferenças de qualificação dos profissionais dos dois principais pólos médicos, ou seja, o de São Paulo e o do Recife.

Indica-se ainda uma pesquisa sobre as exigências de qualificação dos profissionais de saúde para as instituições privadas e públicas do Brasil.

Esta pesquisa, cujas hipóteses acerca das relações entre os conceitos e teorias usadas pelos estudiosos das organizações e trabalho e quanto aos seus reflexos na mão-de-obra, buscou investigar as diversas relações associadas às noções de qualificação da força de trabalho da área de saúde, permitindo assim minimizar a escassez desses conhecimentos, servindo como mais um material de consulta para os demais pesquisadores interessados em aprofundar seus estudos nesse segmento.

9

Referências Bibliográficas

ALVES, Giovanni. **Toyotismo, novas qualificações e empregabilidade: mundialização do capital e a educação dos trabalhadores no século XXI**. UNESP, Marília: 2001, Disponível em: <http://sites.uol.com.br/globalization/ult2001.htm> Acesso em: 13 fevereiro 2002.

ALMEIDA, Edson P. de e PEREIRA, Rosângela S. **Críticas à teoria do capital humano (uma contribuição à análise de políticas públicas em educação)**. Revista da UFMT- Educação, poder e cidadania. v. 00, n. 15, jun/dez-2000, Disponível em: <http://www.ufmt.br/revista/arquivo/rev15/AlmeidaPereira.html> Acesso em : 12 fevereiro 2002.

AMANCIO FILHO, Antenor e MOREIRA, Maria Cecília G.B. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro; Fiocruz, 1997.

ARAÚJO, Ana C., RIGI, Camilla e GRADELA, Kátia. **Sociólogo defende descentralização do sistema de saúde de Londrina**. Disponível em : <http://www.uel.br/projeto/trialogos/kids/kids9.htm> Acesso em: 01/01/2003.

ASSIS, Marisa de. **A educação e a formação profissional na encruzilhada das velhas e novas tecnologias**. In FERRETTI, Celso João (org.) et all. Novas tecnologia, trabalho e educação: primeiro debate multidisciplinar. 6ed. Petrópolis: Vozes, 2000. (p 182- 203).

AZEVEDO, Mário Luiz N. de **A teoria do capital humano em tempos de acumulação flexível**. Revista da ADUEM, Maringá: 2001. Disponível em: http://www.aduem.org.br/revista/revista_ateoriadocapitalhumano.html Acesso em: 12 fevereiro 2002.

BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. **Gestão de competências em organizações: um mosaico das experiências em Minas Gerais**. Anais do 25º ENANPAD, Campinas: (Área temática - Organizações), 2001. (p. 2; p. 1-2).

BARROS, Lúcio. **Metamorfoses do fordismo ou modelos pós-fordistas?** Teoria & Sociedade (Revista dos Departamentos de Ciência Política e de Sociologia e Antropologia – UFMG). Belo Horizonte: n.7, junho 2001

BARROS, Isabela e ROSENTHAL, Heliane. **Pólo médico emprega 111 mil no Estado.** JC On Line – Economia – Saúde, 1999 Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/199/0509/ec0509i.htm> Acesso em: 13 outubro 2002.

BARSANTE, Christiano. **O perfil do médico no século XXI.** In Informativo dos hospitais. Minas Gerais, Associação dos hospitais de Minas Gerais (AHMG), julho-agosto 2000. Disponível em: http://www.ahmg.com.br/j008_03.htm Acesso em: 13 setembro 2001. (p. 2).

Boletim Sinais do mercado de trabalho em saúde. Panorama salarial ‘ 99. Ano 1 nº 1, NESCON-UFMG, Belo Horizonte: Jul/Ago/Set 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/rnis/docs/BoletimRH1.htm> Acesso em: 13 outubro 2002.

BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, Maria Elana. **Sistemas de saúde: continuidade e mudanças. Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quebec.** São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Fiocruz, 1995.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX.** 3ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1987.

CACCIAMALI, Maria e FREITAS, Paulo. **Do capital humano ao salário eficiência: uma aplicação para analisar os diferenciais de salários em cinco ramos manufatureiros da grande São Paulo.** Salvador: Anais do Congresso da ANPEC, 1992.

CARNEIRO, Roberto. **A evolução da economia e do emprego, novos desafios para os sistemas educativos no dealbar do século XXI.** Disponível em: <http://www.aevolucaodaeconomiaedoemprego.htm> Acesso em: 22 setembro 2002.

CATTANI, Antonio David.(a) **Teoria do Capital Humano** In CATTANI, Antonio David. Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1997.(p. 35-36 e p. 38).

_____, Antonio David.(b) **Formação Profissional** In CATTANI, Antonio David. Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1997. (p. 94).

CARVALHO, Cristina Amélia e SILVA, Sueli Maria Goulart. **Contexto de referência em transformação: as bibliotecas universitárias sob o signo da sociedade da informação.** Anais do 25º ENANPAD, Campinas: (Área temática - Organizações), 2001. (p.2).

CLEGG, Stewart & DUNKERLEY, David. **Organization, class and control.** Routhledge & Kegan Paul, London, 1990 (cap. 9 – p.334-365).

CORRÊA, Maíra Baumgarten. **Tecnologia.** In CATTANI, Antonio David. Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1997. (p. 250 e 255).

COSTA, Ricardo C.R. **Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 90.** In DOSSIÊ BRASIL: Anos

90. Rev. Sociol. Polit. Curitiba: 2002, nº 18, ISSN 0104-4478 (versão impressa)
Disponível em: <http://www.revistasociologiapolitica.org.br/revista18/>
Acesso em: 01 janeiro 2003.

CRAWFORD, Richard. **Na era do capital humano: o talento, a inteligência e o conhecimento como forças econômicas, seu impacto nas empresas e nas decisões de investimento**; tradução Luciana Bontempi Gouveia; revisão técnica Heitor José Pereira – São Paulo: Atlas, 1994. (p. 159; p. 44).

DE PAULA, Ana Paula P. O fim dos empregos: o declínio inevitável dos níveis dos empregos e a redução da força global de trabalho. **Revista de Administração de Empresas Light** /EAESP/FGV, São Paulo: V. 38, N. 2, ab/jun 1998.

DUBAR, Claude. **A sociologia do trabalho frente à qualificação e à competência**. Revista Educação & Sociedade v. 19 n. 64 ISSN 0101 – 7330 (versão impressa)
Disponível em: www.cedes.unicamp.br/revista/ver/sumarios/sum64.html Acesso em: 22 setembro 2002.

DUCHIADE, Milena P. **População brasileira: um retrato em movimento**. In MINAYO, Maria Cecília S. org. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo/ Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Abrasco , 1995.

EDVINSSON, Leif e MALONE, Michael S. **Capital intelectual**. Tradução Petros Katalitós. São Paulo: Makroon Books, 1998.

ENGLAND, Paula. **Comparable worth. Theories and evidence**. New York, Aldine de Gruyter, 1992, (p. 51).

ENRIQUEZ , Eugène. **O indispensável para a mudança e a sobrevivência**. Recife: Tecnologia Gerencial e Informática (TGI), (PALESTRA II: O papel dos agentes nos processos de mudança, 1999 (p. 62-1160).

FALK, James A. e CARVALHO, Eleonôra. **Qualidade de serviços na área hospitalar**. In Administração contemporânea: perspectivas estratégicas. São Paulo: Atlas, 1999.

FERNANDES, Danielle Cireno, NEVES, Jorge Alexandre e HALLER, Archibald. **Credencialismo, correspondência ou capital humano? Como a escolaridade afeta a determinação de cargos e salários de trabalhadores da indústria de transformação no Brasil**. In Estudos avançados em administração, V.7, N.1, João Pessoa: Idéia, 1999 (p. 1035).

FLEURY, Afonso C. e HUMPHREY, John. **Estratégias de recursos humanos em empresas que buscam qualidade e produtividade**. In Desenvolvimento econômico, investimento, mercado de trabalho e distribuição de renda. Rio de Janeiro: BNDES, 1993 (p. 69-70).

FRANCO, Gustavo H. B. **Capital Humano e universidade pública**. Universidade pública - On Line. OESP e JB, 26 de setembro de 1999. Disponível em: <http://venus.rdc.puc-rio.br/gfranco/a30.html> Acesso em: 15 de janeiro 2002.

FREIRE, Gisele, Gazeta Mercantil/ **Caderno Recife** - 22 outubro 2001.

GALDINO, Cleide. **Pólo médico cresce e cria empregos**. Diário de Pernambuco – Empregos, Recife: D6, 28 maio de 2001(p. 1).

GAMA, A Arnobio S. da Nova oportunidade para a indústria e o empreendedorismo com a engenharia biomédica. Disponível em: www.sdic.gov.br/tecnologia/revistas/artigos/PE/art07arnobio.pdf, Acesso em: 12 de outubro 2002.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Estrutura organizacional do hospital moderno**. RAE, São Paulo: v. 38, n. 1, p. 80-90, 1998.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1987.

GONÇALVES, Sandro A., MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L. **Mudança organizacional: institucionalização e cognição na análise do caso da Companhia Paranaense de Energia**. Anais do 23º ENANPAD, Foz do Iguaçu: (Área temática - Organizações), 1999.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO ON LINE – Investimentos. **Pólo Médico**. Disponível em: http://www.pe.gov.br/investimentos_polomedico.html Acesso em: 16 novembro 2002.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. **Descentralização de saúde e conflitos decisórios entre estado e municípios: o processo de decisão na comissão bipartite estadual da Bahia, 1993-1998**. Anais do 25º ENANPAD, Campinas: (Área temática - Políticas públicas), 2001 (pg 2-3).

GUJARATI, Damodar N. **Econometria básica**. 3ª edição, São Paulo: Makron Books, 2000.

HICKSON, David & PUGH, Derek S. **Management Worldwide – The impact of societal culture on organizations around the globe**. Harmondsworth, Middlesex: Penguin books, 1995 (cap. 2, p. 12-46).

IKEDA, Marcelo. **“Segregação por gênero” no mercado formal de trabalho**. Revista do BNDES, Rio de Janeiro: V. 7, N. 13, P. 89 – 106, Jun. 2000.

INFORMATIVO DOS HOSPITAIS - On Line. **Convenção de saúde de Minas Gerais**, Minas Gerais: 2000. Disponível em: http://www.ahmg.com.br/j0008_03.htm Acesso em: 13 setembro 2001.

JC On Line Editoria Cidades – **Sindicato condena novo modelo para gerenciamento**. Disponível em http://www2.uol.com.br/JC/_1999/0804/cd0804j.htm Acesso em: 10 janeiro 2002)(p. 1.)

JC On Line Cadernos Especiais – **Pólo médico é líder em arrecadação.** Disponível em http://www2.uol.com.br/JC/2001/0307/el0207_8.htm Acesso em: 13 outubro 2002.

Jornal do RHP On Line. Real Hospital Português. Recife, 1999 Disponível em: http://www.rhp.com.br/noticias/199/not_991122a.html Acesso em 11 janeiro 2003.

Jornal do SINDHOSP On Line. **Sindicato dos Hospitais de São Paulo**, nº 159, São Paulo: 1998. Disponível em: <http://www..sindhosp.com.br> Acesso em: 16 novembro 2002.

JUNIOR, Garibaldi Dantas G. e VIEIRA, Marcelo Milano F. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais.** Ciência e saúde Coletiva, 7(2),pp325-334 Disponível em: http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor.asp?cd_pro=776 Acesso em: 02 fevereiro de 2003.

LAGO, Washington L. S. **A formação de um pólo médico-hospitalar e a produção do espaço urbano no município do Recife.** Dissertação de mestrado Departamento de Ciências Geográficas, CFCH, UFPE, Recife: 2001.

LARANGEIRA, Sônia M.G.(a) **Qualificação.** In CATTANI, Antonio David. Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

_____(b) **Fordismo e pós-fordismo.** In CATTANI, Antonio David. Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

LAVINAS, Lena **Empregabilidade no Brasil: inflexões de gênero e diferenciais femininos.** ISSN 1415-4765. Texto para discussão nº 826. Rio de Janeiro/Brasília: IPEA, 2001.

LIMA JÚNIOR, José Humberto V. e ÉSTHER, Angelo Brigato. **Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem.** RAE, São Paulo: v. 41, n. 3, p. 20-30, 2001.

LOBATO, Lenaura. **Uma década de reforma sanitária no Brasil: a difícil trajetória de universalização do direito à saúde.** Anais do 25º ENANPAD, Campinas: (Área temática - Políticas públicas), 2001. (pag 3).

MACHADO-DA-SILVA, Clóvis, FONSECA, Valéria Silva da, e FERNANDES, Bruno H. Rocha **Um modelo e quatro ilustrações: em análise a mudança nas organizações.**, Anais do 23º ENANPAD, Foz do Iguaçu: (Área temática - organizações), 1999.

MACHADO-DA-SILVA, Clóvis, FONSECA, Valéria Silva da. **Competitividade organizacional: conciliando padrões concorrenciais e padrões institucionais.** In VIEIRA, Marcelo Milano Falcão, OLIVEIRA, Lúcia Maria Barbosa de. Administração Contemporânea: perspectivas estratégicas. São Paulo: Atlas, 1999.

MANDL, Carolina e VIANA, Diego. **Pesquisadores vinculam analfabetismo e economia.** Folha de São Paulo – on Line. Caderno de *trainees*. São Paulo: 27 de março de 2001. Disponível em: http://www.puc-rio.br/sobrepuc/depto/direito/pet_jur/dlcdt1.html Acesso em: 11 janeiro 2002.

MANFREDI, Silvia M. **Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas.** Educação & Sociedade, Campinas: set. 1998 v.19, n° 64, ISSN 0101 – 7330. Disponível em [http://www.educacao_sociedade-trabalhoqualificacaoecompetenciaprofissional-das dimensões](http://www.educacao_sociedade-trabalhoqualificacaoecompetenciaprofissional-das-dimensoes) Acesso em: 22 setembro 2002.

MARQUES, Marília B. **Ciência, Tecnologia e qualificação profissional em saúde** In AMANCIO FILHO, Antenor e MOREIRA, Maria Cecília G.B. Saúde, Trabalho e Formação Profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MÉDICI, André César. **Evolução da estrutura do Sistema de Saúde.** Disponível em: <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/apresent.htm>. Acesso em: 13 outubro 2002.

MEDICI, André C, MACHADO, Maria Helena, NOGUEIRA, Roberto P. *et e al.* **O mercado de trabalho.** Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria Executiva. **Base de dados.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> Acesso em: 10 fevereiro 2002.

MOTTA, Paulo Roberto. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997, cap. 3.(p.102-103).

NEGRI, Barjas e Di Giovanni Geraldo (org). **Brasil: radiografia da saúde.** Brasília, Ministério da saúde, Instituto de Economia/ Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 2001 Disponível em: <http://www.comciencia.br/resenhas.bsaude.htm> Acesso em: 01 de janeiro 2003.

NEVES, Jorge Alexandre, DOURADO, Débora Paschoal e FERNANDES, Danielle Cireno. **Compreendendo a questão da empregabilidade formal no Brasil.** Recife: Trabalho de circulação interna - DCA/UFPE - Mimeo, 1999.

NEVES, Jorge Alexandre e FERNANDES, Danielle Cireno.**Estrutura ocupacional, autoridade gerencial e a determinação de salários em organizações fordistas: o caso da indústria de transformações no Brasil.** Anais do 24° ENANPAD, Florianópolis: (Área temática - Organizações), 2000.

NEVES, Jorge Alexandre, FERNANDES, Danielle Cireno e HALLER, Archibald. **Pós-fordismo e os retornos salariais do investimento em capital humano na agropecuária brasileira.** Anais do 22° ENANPAD, Foz do Iguaçu: (Área temática - Organizações), 1998.

NOGUEIRA, Roberto P. **As dimensões do trabalho em saúde.** In AMANCIO FILHO, Antenor e MOREIRA, Maria Cecília G.B. Saúde, Trabalho e Formação Profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

NOVAES, Hillegonda Maria D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Rev. Saúde Pública. Vol. 34 n. 5. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo: out. 2000 Disponível em: <http://www.ufpe/sciello/revistadesaudepublica> Acesso em: 18 dezembro 2001.

NUNES, Everardo D. Pesquisa Social em Saúde, São Paulo, USP, 2001. Disponível em: <http://www.bionline.net/sc4.htm> Acesso em: 01 de janeiro 2003.

OFFE, Claus. **Capitalismo desorganizado. Transformações contemporâneas do trabalho e da política.** 2ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1999.

PASTORE, José. (a) **Flexibilização dos mercados de trabalho e contratação coletiva.** São Paulo: LTr, 1994. (p. 12).

_____(b) **Investir em mulher dá certo.** Jornal da Tarde - On Line. Cotidiano. São Paulo, 11 de outubro de 1995. Disponível em: <http://www.josepastore.com.br/artigos/cotidiano/011.htm> Acesso em: 15 janeiro 2002.

PASTORE, José e HALLER, Archibald O. **Social mobility under labor market segmentation in Brazil** In HAUSER, R.M., MECHANIC, D., HALLER, A.O. e HAUSER, T.S. (eds) In Social structure and behavior: essays in honor of William Hamilton Sewell. New York: Academic Press, 1982.

PEDUZZI, Marina (a). **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Rev. Saúde Pública, vol 35 nº 1, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo: 2001 Disponível em: <http://www.ufpe/sciello/revistadesaudepublica> Acesso em: 18 dezembro 2001(p. 12).

_____(b). **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Tese (Doutorado), Cap.1, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas: 1998. Disponível em: www2.uerj.br/~rsirius/bibliotecas/cbc_teses.html Acesso em: 12 de outubro 2002.

PERNAMBUCO. Governo do Estado de. Secretaria da Justiça. Diretoria de Defesa e Proteção do Consumidor – PROCON. **Manual do Consumidor. Código de Defesa do Consumidor. Lei nº 8.078/90 e Decreto nº 2.181, de 20.03.97.** 2ª edição. Recife: CEPE, 1997. 117p. (p. 71).

PEREIRA, Maurício Fernandes. **Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual.** RAE, V. 40, N. 3, pg 83-96, São Paulo: Jul/Set. 2000.

PEREIRA NETO, André de F. **Identidades profissionais médicas em disputa: congresso nacional dos práticos, Brasil (1992)** Cad. Saúde Pública vol. 16 n. 2 Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: Apr/June 2000. Disponível em: <http://www.ufpe/sciello/cadernodesaudepublica> Acesso em: 18 dezembro 2001.(p. 17; p. 8).

POCHMANN, Marcio. **O emprego na globalização.** 1ª edição, São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.(p. 61-62; p.130;; p.51; p.49).

POSTHUMA, Anne Caroline. **Transformações do emprego no Brasil na década de 90.** In POSTHUMA, Anne Caroline (org.) Abertura e ajuste do mercado de trabalho no Brasil: políticas para conciliar os desafios de emprego e competitividade. Brasília: OIT e MTE, São Paulo: Ed. 34, 1999 (p. 374).

PROFAE(a) **Conheça.** Disponível em: <http://www.profae.gov.br/conheca.htm> Acesso em: 13 outubro 2002.

PROFAE(b) **Qualificação técnica profissional** Disponível em: http://www.profae.gov.br/qualificacao_profissional.htm Acesso em: 13 outubro 2002.

RAMOS, Carlos Alberto e FREITAS, Paulo Springer. **Sistema Público de Emprego: objetivos, eficiência e eficácia (notas sobre os países da OCDE e o Brasil).** ISSN 1415 - 4765 Texto para discussão nº 568, Brasília: IPEA, 1998.

O negócio da saúde. **Revista Carta Capital** – política, economia e cultura, n 146, 2001. Disponível em: www.terra.com.br/cartacapital/146/saude.htm Acesso em: 22 novembro 1999.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional.** 8ª edição. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

ROESCH, Sylvia M. A. **Projetos de estágio e em pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso.** 2ª edição, São Paulo: Atlas, 1999.

SALGADO, Maria Umbelina C. **O novo paradigma da organização do trabalho e a formação profissional na área da saúde.** In AMANCIO FILHO, Antenor e MOREIRA, Maria Cecília G.B. Saúde, Trabalho e Formação Profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

SANTANA, José Paranaguá e CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. **Educação, trabalho e formação profissional em saúde.** Núcleo de Estudos de Saúde Pública - Programa de políticas de recursos humanos de saúde - On Line, Nov/2001, Disponível em: http://www.pessoal.inf.br/Temas/edc_trab_prof_em_saude.htm Acesso em: 13 fevereiro 2002.

SARSUR, Amyra Moyzes. **Repensando a empregabilidade, empresabilidade e a “nova” gestão de recursos humanos: um estudo junto a organizações e profissionais de Minas Gerais.** Anais do 25º ENANPAD Campinas: (Área temática - Gestão de Pessoas e Relações de trabalho), 2001. (Pág 2).

SHIRLEY, Robert. **Um modelo para análise da mudança organizacional.** Revista de Administração de Empresas, v. 16, n. 6, (adaptado), 1976. (p. 1).

SILVEIRA NETO, Raul da M. **Eficácia e viés de seleção em programas de qualificação de trabalhadores em situação economicamente desvantajosa: evidências para o estado de Pernambuco.** Fortaleza: ANPEC 2002. Disponível em http://www.anpec.org.br/ne2002/MESA-9-ART_27.pdf Acesso em: 22 novembro de 2002.

SOUZA, Alina M. de A. **Profissionalização de trabalhadores de saúde de nível médio: problemas e desafios.** In AMANCIO FILHO, Antenor e MOREIRA, Maria Cecília G.B. Saúde, Trabalho e Formação Profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

SPINELLI, Leonardo. **Pólo médico quase na UTI.** Jornal do Comércio – Economia, Recife: E6 e E7, 28 de abril de 2002.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. **Flexibilização organizacional, mito ou realidade?** Rio de Janeiro: FGV, 2000.

THUROW, Lester. **Education and the economic equality** In KARABEL, Jerome and HALSEY, A. H. (organizers) Power and Ideology in education, New York: Oxford University Press, 1977.

TOLFO, Suzana, PICCINI, Valmíria, GUIMARÃES, Valeska. **Trabalho, inovação e participação: um estudo multicase em empresas do setor metal-mecânico do Rio Grande do Sul.** Anais do 23º ENANPAD, Foz do Iguaçu: (Área Temática Administração de Ciência e Tecnologia), 1999. (p. 1).

TRALDI, Maria Cristina. **Qualidade e competitividade no setor de saúde.** Gestão e Desenvolvimento/ Universidade São Francisco. v. 2, n. 2, Bragança Paulista: 1997.

VIAMEDICO – **Hospitais.** Disponível em: <http://www.viamedico.com.br/Hospitais/Hospitais.html> Acesso em: 10 janeiro 2002.

WILSON, David C. **A strategy of change: concepts and controversies in the management of change.** London: Routledge, 1992.(p. 6; p.7).

ANEXOS

Anexo 1
Índice Nacional de Preços ao Consumidor
(INPC) – Histórico

**ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR - INPC
SÉRIE HISTÓRICA**

ANO	MÊS	NÚMERO ÍNDICE (DEZ 93 = 100)	VARIACÃO (%)					
			NO MÊS	3 MESES	SEMESTRAL	NO ANO	12 MESES	
1979	JAN							
	FEV							
	MAR	0,0000000055765						
	ABR	0,0000000057689	3,45					
	MAI	0,0000000058704	1,76					
	JUN	0,0000000060465	3,00	8,43				
	JUL	0,0000000063705	5,36	10,43				
	AGO	0,0000000067390	5,79	14,80				
	SET	0,0000000071843	6,61	18,82	28,83			
	OUT	0,0000000075481	5,06	18,49	30,84			
	NOV	0,0000000080089	6,10	18,84	36,43			
	DEZ	0,0000000083698	4,51	16,50	38,42			
1980	JAN	0,0000000089190	6,56	18,16	40,01	6,56		
	FEV	0,0000000092890	4,15	15,98	37,84	10,98		
	MAR	0,0000000097649	5,12	16,67	35,92	16,67	75,11	
	ABR	0,0000000102385	4,85	14,79	35,64	22,33	77,48	
	MAI	0,0000000108050	5,53	16,32	34,91	29,09	84,06	
	JUN	0,0000000114018	5,52	16,76	36,22	36,22	88,57	
	JUL	0,0000000120305	5,51	17,50	34,89	43,74	88,85	
	AGO	0,0000000126497	5,15	17,07	36,18	51,13	87,71	
	SET	0,0000000132130	4,45	15,89	35,31	57,86	83,91	
	OUT	0,0000000144874	9,65	20,42	41,50	73,09	91,93	
	NOV	0,0000000156502	8,03	23,72	44,84	86,98	95,41	
	DEZ	0,0000000167147	6,80	26,50	46,60	99,70	99,70	
1981	JAN	0,0000000177526	6,21	22,54	47,56	6,21	99,04	
	FEV	0,0000000188272	6,05	20,30	48,84	12,64	102,68	
	MAR	0,0000000198351	5,35	18,67	50,12	18,67	103,13	
	ABR	0,0000000211322	6,54	19,04	45,87	26,43	106,40	
	MAI	0,0000000222972	5,51	18,43	42,47	33,40	106,36	
	JUN	0,0000000234280	5,07	18,11	40,16	40,16	105,48	
	JUL	0,0000000248810	6,20	17,74	40,15	48,86	106,82	
	AGO	0,0000000264048	6,12	18,42	40,25	57,97	108,74	
	SET	0,0000000277978	5,28	18,65	40,14	66,31	110,38	
	OUT	0,0000000290825	4,62	16,89	37,62	73,99	100,74	
	NOV	0,0000000306041	5,23	15,90	37,26	83,10	95,55	
	DEZ	0,0000000323447	5,69	16,36	38,06	93,51	93,51	
1982	JAN	0,0000000345162	6,71	18,68	38,72	6,71	94,43	
	FEV	0,0000000367858	6,58	20,20	39,32	13,73	95,39	
	MAR	0,0000000387129	5,24	19,69	39,27	19,69	95,17	
	ABR	0,0000000408994	5,65	18,49	40,63	26,45	93,54	
	MAI	0,0000000436251	6,66	18,59	42,55	34,88	95,65	
	JUN	0,0000000467411	7,14	20,74	44,51	44,51	99,51	
	JUL	0,0000000497287	6,39	21,59	44,07	53,75	99,87	
	AGO	0,0000000524972	5,57	20,34	42,71	62,31	98,82	
	SET	0,0000000547568	4,30	17,15	41,44	69,29	96,98	
	OUT	0,0000000568955	3,91	14,41	39,11	75,90	95,63	
	NOV	0,0000000598882	5,26	14,08	37,28	85,16	95,69	
	DEZ	0,0000000647902	8,19	18,32	38,61	100,31	100,31	

**ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR - INPC
SÉRIE HISTÓRICA**

(continuação)

ANO	MÊS	NÚMERO ÍNDICE (DEZ 93 = 100)	VARIACÃO (%)				
			NO MÊS	3 MESES	SEMESTRAL	NO ANO	12 MESES
1983	JAN	0,000000707150	9,14	24,29	42,20	9,14	104,88
	FEV	0,000000764006	8,04	27,57	45,53	17,92	107,69
	MAR	0,000000819173	7,22	26,43	49,60	26,43	111,60
	ABR	0,000000872955	6,57	23,45	53,43	34,74	113,44
	MAI	0,000000931523	6,71	21,93	55,54	43,78	113,53
	JUN	0,000001032437	10,83	26,03	59,35	59,35	120,88
	JUL	0,000001150430	11,43	31,79	62,69	77,56	131,34
	AGO	0,000001263712	9,85	35,66	65,41	95,05	140,72
	SET	0,000001406165	11,27	36,20	71,66	117,03	156,80
	OUT	0,000001548139	10,10	34,57	77,34	138,95	172,10
	NOV	0,000001662278	7,37	31,54	78,45	156,56	177,56
	DEZ	0,000001800977	8,34	28,08	74,44	177,97	177,97
1984	JAN	0,000001970107	9,39	27,26	71,25	9,39	178,60
	FEV	0,000002161933	9,74	30,06	71,08	20,04	182,97
	MAR	0,000002374517	9,83	31,85	68,86	31,85	189,87
	ABR	0,000002600678	9,52	32,01	67,99	44,40	197,92
	MAI	0,000002827142	8,71	30,77	70,08	56,98	203,50
	JUN	0,000003108773	9,96	30,92	72,62	72,62	201,11
	JUL	0,000003391915	9,11	30,42	72,17	88,34	194,84
	AGO	0,000003682615	8,57	30,26	70,34	104,48	191,41
	SET	0,000004091458	11,10	31,61	72,31	127,18	190,97
	OUT	0,000004520706	10,49	33,28	73,83	151,01	192,01
	NOV	0,000004987488	10,33	35,43	76,41	176,93	200,04
	DEZ	0,000005567124	11,62	36,07	79,08	209,12	209,12
1985	JAN	0,000006226110	11,84	37,72	83,56	11,84	216,03
	FEV	0,000006907768	10,95	38,50	87,58	24,08	219,52
	MAR	0,000007594716	9,94	36,42	85,62	36,42	219,84
	ABR	0,000008246648	8,58	32,45	82,42	48,13	217,10
	MAI	0,000008840643	7,20	27,98	77,26	58,80	212,71
	JUN	0,000009577468	8,33	26,11	72,04	72,04	208,08
	JUL	0,000010542520	10,08	27,84	69,33	89,37	210,81
	AGO	0,000011766784	11,61	33,10	70,34	111,36	219,52
	SET	0,000012953765	10,09	35,25	70,56	132,68	216,61
	OUT	0,000014281562	10,25	35,47	73,18	156,53	215,91
	NOV	0,000016307138	14,18	38,59	84,46	192,92	226,96
	DEZ	0,000018875573	15,75	45,71	97,08	239,05	239,05
1986	JAN	0,000021708760	15,01	52,02	105,93	15,01	248,67
	FEV	0,000024415742	12,46	49,71	107,50	29,35	253,46
	MAR	0,000025190605	3,18	33,46	94,47	33,46	231,67
	ABR	0,000025298925	0,43	16,54	77,15	34,03	206,75
	MAI	0,000025570983	1,08	4,74	56,80	35,47	189,20
	JUN	0,000025817851	0,97	2,49	36,77	36,78	169,57
	JUL	0,000026052124	0,91	2,98	20,01	38,02	147,13
	AGO	0,000026424945	1,43	3,34	8,23	40,00	124,58
	SET	0,000026739828	1,19	3,57	6,15	41,67	106,43
	OUT	0,000027122725	1,43	4,11	7,21	43,69	89,93
	NOV	0,000028014472	3,29	6,02	9,56	48,42	71,78
	DEZ	0,000030049873	7,27	12,38	16,39	59,20	59,19

**ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR - INPC
SÉRIE HISTÓRICA**

(continuação)

ANO	MÊS	NÚMERO ÍNDICE (DEZ 93 = 100)	VARIÇÃO (%)				
			NO MÊS	3 MESES	SEMESTRAL	NO ANO	12 MESES
1987	JAN	0,0000035103108	16,82	29,42	34,74	16,82	61,70
1987	FEV	0,0000039997643	13,94	42,77	51,36	33,10	63,82
1987	MAR	0,0000045756215	14,40	52,27	71,12	52,27	81,64
1987	ABR	0,0000055346279	20,96	57,67	104,06	84,18	118,77
1987	MAI	0,0000068153183	23,14	70,39	143,28	126,80	166,53
1987	JUN	0,0000082670529	21,30	80,68	175,11	175,11	220,21
1987	JUL	0,0000090880147	9,93	64,20	158,89	202,43	248,84
1987	AGO	0,0000095505142	5,09	40,13	138,78	217,82	261,42
1987	SET	0,0000102334315	7,15	23,79	123,65	240,55	282,70
1987	OUT	0,0000113468563	10,88	24,86	105,02	277,60	318,35
1987	NOV	0,0000130409245	14,93	36,55	91,35	333,98	365,51
1987	DEZ	0,0000148627091	13,97	45,24	79,78	394,60	394,60
1988	JAN	0,0000176820416	18,97	55,83	94,56	18,97	403,72
1988	FEV	0,0000204776950	15,81	57,03	114,41	37,78	411,97
1988	MAR	0,0000241822254	18,09	62,70	136,31	62,70	428,50
1988	ABR	0,0000286147643	18,33	61,83	152,18	92,53	417,01
1988	MAI	0,0000338340059	18,24	65,22	159,44	127,64	396,44
1988	JUN	0,0000413722945	22,28	71,09	178,36	178,36	400,45
1988	JUL	0,0000508961066	23,02	77,87	187,84	242,44	460,04
1988	AGO	0,0000613960547	20,63	81,46	199,82	313,09	542,86
1988	SET	0,0000779299086	26,93	88,36	222,26	424,33	661,52
1988	OUT	0,0000987292876	26,69	93,98	245,03	564,28	770,10
1988	NOV	0,0001265215786	28,15	106,07	273,95	751,27	870,19
1988	DEZ	0,0001624917478	28,43	108,51	292,75	993,28	993,28
1989	JAN	0,0002201437229	35,48	122,98	332,54	35,48	1145,01
1989	FEV	0,0002561373193	16,35	102,45	317,19	57,63	1150,81
1989	MAR	0,0002712494153	5,90	66,93	248,07	66,93	1021,69
1989	ABR	0,0002931120898	8,06	33,15	196,88	80,39	924,34
1989	MAI	0,0003419738031	16,67	33,51	170,29	110,46	910,74
1989	JUN	0,0004425140433	29,40	63,14	172,33	172,33	969,59
1989	JUL	0,0005637629763	27,40	92,34	156,09	246,95	1007,67
1989	AGO	0,0007508195948	33,18	119,55	193,13	362,07	1122,91
1989	SET	0,0010237424220	36,35	131,35	277,42	530,03	1213,67
1989	OUT	0,0014205450891	38,76	151,98	384,64	774,23	1338,83
1989	NOV	0,0021090831794	48,47	180,90	516,74	1197,96	1566,98
1989	DEZ	0,0031906209110	51,28	211,66	621,02	1863,56	1863,56
1990	JAN	0,0053663052799	68,19	277,76	851,87	68,19	2337,64
	FEV	0,0093368346371	73,99	342,70	1143,55	192,63	3545,25
	MAR	0,0170098454104	82,18	433,12	1561,54	433,12	6170,92
	ABR	0,0195051897442	14,67	263,48	1273,08	511,33	6554,52
	MAI	0,0209310190666	7,31	124,18	892,42	556,02	6020,65
	JUN	0,0233673896742	11,64	37,38	632,38	632,38	5180,60
	JUL	0,0263163543373	12,62	34,92	390,40	724,80	4567,98
	AGO	0,0295216863099	12,18	41,04	216,19	825,26	3831,93
	SET	0,0337314788076	14,26	44,35	98,31	957,21	3194,92
	OUT	0,0385989312553	14,43	46,67	97,89	1109,76	2617,19
	NOV	0,0451298705166	16,92	52,87	115,61	1314,45	2039,79
	DEZ	0,0537677278248	19,14	59,40	130,10	1585,18	1585,18

**ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR - INPC
SÉRIE HISTÓRICA**

(continuação)

ANO	MÊS	NÚMERO ÍNDICE (DEZ 93 = 100)	VARIÇÃO (%)				
			NO MÊS	3 MESES	SEMESTRAL	NO ANO	12 MESES
1991	JAN	0,0650320668040	20,95	68,48	147,12	20,95	1111,86
	FEV	0,0781675227116	20,20	73,21	164,78	45,38	737,20
	MAR	0,0873833112608	11,79	62,52	159,06	62,52	413,72
	ABR	0,0917600043057	5,01	41,10	137,73	70,66	370,44
	MAI	0,0978895252777	6,68	25,23	116,91	82,06	367,68
	JUN	0,1084925212048	10,83	24,16	101,78	101,78	364,29
	JUL	0,1216656145218	12,14	32,59	87,09	126,28	362,32
	AGO	0,1406671295351	15,62	43,70	79,96	161,62	376,49
	SET	0,1626419998971	15,62	49,91	86,12	202,49	382,17
	OUT	0,1969243031581	21,08	61,86	114,61	266,25	410,18
	NOV	0,2490682456026	26,48	77,06	154,44	363,23	451,89
	DEZ	0,3092182027201	24,15	90,12	185,01	475,10	475,10
1992	JAN	0,3893697545885	25,92	97,73	220,03	25,92	498,74
	FEV	0,4846891824762	24,48	94,60	244,56	56,75	520,06
	MAR	0,5894771072339	21,62	90,63	262,44	90,63	574,59
	ABR	0,7123256117679	20,84	82,94	261,73	130,36	676,29
	MAI	0,8868449027414	24,50	82,97	256,07	186,80	805,97
	JUN	1,0717521187308	20,85	81,81	246,60	246,60	887,86
	JUL	1,3083946424330	22,08	83,68	236,03	323,13	975,40
	AGO	1,6012136881666	22,38	80,55	230,36	417,83	1038,30
	SET	1,9851851628815	23,98	85,23	236,77	542,00	1120,59
	OUT	2,5027210502859	26,07	91,28	251,35	709,37	1170,91
	NOV	3,0755946831675	22,89	92,08	246,80	894,64	1134,84
	DEZ	3,8623294534720	25,58	94,56	260,38	1149,06	1149,06
1993	JAN	4,9735202005622	28,77	98,72	280,12	28,77	1177,33
	FEV	6,2064572137660	24,79	101,80	287,61	60,69	1180,50
	MAR	7,9181958432492	27,58	105,01	298,87	105,01	1243,26
	ABR	10,1645900046761	28,37	104,37	306,14	163,17	1326,96
	MAI	12,8866672541687	26,78	107,63	319,00	233,65	1353,09
	JUN	16,8003502644861	30,37	112,17	334,98	334,98	1467,56
	JUL	22,0101366146558	31,01	116,54	342,55	469,87	1582,22
	AGO	29,3483184707683	33,34	127,74	372,87	659,86	1732,88
	SET	39,8051253226265	35,63	136,93	402,70	930,60	1905,11
	OUT	53,3866329234744	34,12	142,55	425,22	1282,24	2033,14
	NOV	72,6058212060671	36,00	147,39	463,42	1779,85	2260,71
	DEZ	100,0000000000000	37,73	151,22	495,23	2489,11	2489,11
1994	JAN	141,3200000000000	41,32	164,71	542,07	41,32	2741,45
	FEV	198,6500000000000	40,57	173,60	576,87	98,65	3100,70
	MAR	284,2300000000000	43,08	184,23	614,05	184,23	3489,58
	ABR	406,0500000000000	42,86	187,33	660,58	306,05	3894,75
	MAI	579,5600000000000	42,73	191,75	698,22	479,56	4397,36
	JUN	859,1400000000000	48,24	202,26	759,14	759,14	5013,85
	JUL	925,7200000000000	7,75	127,98	555,05	825,72	4105,88
	AGO	942,8500000000000	1,85	62,68	374,63	842,85	3112,62
	SET	956,0500000000000	1,40	11,28	236,36	856,05	2301,83
	OUT	983,0100000000000	2,82	6,19	142,09	883,01	1741,30
	NOV	1012,1100000000000	2,96	7,35	74,63	912,11	1293,98
	DEZ	1029,3200000000000	1,70	7,66	19,81	929,32	929,32

**ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR - INPC
SÉRIE HISTÓRICA**

(continuação)

ANO	MÊS	NÚMERO ÍNDICE (DEZ 93 = 100)	VARIÇÃO (%)				
			NO MÊS	3 MESES	SEMESTRAL	NO ANO	12 MESES
1995	JAN	1044,1400000000000	1,44	6,22	12,79	1,44	638,85
	FEV	1054,6900000000000	1,01	4,21	11,86	2,46	430,93
	MAR	1071,7800000000000	1,62	4,13	12,11	4,13	277,08
	ABR	1098,4700000000000	2,49	5,20	11,75	6,72	170,53
	MAI	1121,5400000000000	2,10	6,34	10,81	8,96	93,52
	JUN	1145,9900000000000	2,18	6,92	11,33	11,33	33,39
	JUL	1174,1800000000000	2,46	6,89	12,45	14,07	26,84
	AGO	1186,1600000000000	1,02	5,76	12,47	15,24	25,81
	SET	1200,0400000000000	1,17	4,72	11,97	16,59	25,52
	OUT	1216,8400000000000	1,40	3,63	10,78	18,22	23,79
	NOV	1235,2100000000000	1,51	4,14	10,14	20,00	22,04
	DEZ	1255,5900000000000	1,65	4,63	9,56	21,98	21,98
1996	JAN	1273,9200000000000	1,46	4,69	8,49	1,46	22,01
	FEV	1282,9600000000000	0,71	3,87	8,16	2,18	21,64
	MAR	1286,6800000000000	0,29	2,48	7,22	2,48	20,05
	ABR	1298,6500000000000	0,93	1,94	6,72	3,43	18,22
	MAI	1315,2700000000000	1,28	2,52	6,48	4,75	17,27
	JUN	1332,7600000000000	1,33	3,58	6,15	6,15	16,30
	JUL	1348,7500000000000	1,20	3,86	5,87	7,42	14,87
	AGO	1355,4900000000000	0,50	3,06	5,65	7,96	14,28
	SET	1355,7600000000000	0,02	1,73	5,37	7,98	12,98
	OUT	1360,9100000000000	0,38	0,90	4,79	8,39	11,84
	NOV	1365,5400000000000	0,34	0,74	3,82	8,76	10,55
	DEZ	1370,0500000000000	0,33	1,05	2,80	9,12	9,12
1997	JAN	1381,1500000000000	0,81	1,49	2,40	0,81	8,42
	FEV	1387,3700000000000	0,45	1,60	2,35	1,26	8,14
	MAR	1396,8000000000000	0,68	1,95	3,03	1,95	8,56
	ABR	1405,1800000000000	0,60	1,74	3,25	2,56	8,20
	MAI	1406,7300000000000	0,11	1,40	3,02	2,68	6,95
	JUN	1411,6500000000000	0,35	1,06	3,04	3,04	5,92
	JUL	1414,1900000000000	0,18	0,64	2,39	3,22	4,85
	AGO	1413,7700000000000	-0,03	0,50	1,90	3,19	4,30
	SET	1415,1800000000000	0,10	0,25	1,32	3,29	4,38
	OUT	1419,2800000000000	0,29	0,36	1,00	3,59	4,29
	NOV	1421,4100000000000	0,15	0,54	1,04	3,75	4,09
	DEZ	1429,5100000000000	0,57	1,01	1,27	4,34	4,34
1998	JAN	1441,6600000000000	0,85	1,58	1,94	0,85	4,38
	FEV	1449,4400000000000	0,54	1,97	2,52	1,39	4,47
	MAR	1456,5400000000000	0,49	1,89	2,92	1,89	4,28
	ABR	1463,0900000000000	0,45	1,49	3,09	2,35	4,12
	MAI	1473,6200000000000	0,72	1,67	3,67	3,09	4,75
	JUN	1475,8300000000000	0,15	1,32	3,24	3,24	4,55
	JUL	1471,7000000000000	-0,28	0,59	2,08	2,95	4,07
	AGO	1464,4900000000000	-0,49	-0,62	1,04	2,45	3,59
	SET	1459,9500000000000	-0,31	-1,08	0,23	2,13	3,16
	OUT	1461,5600000000000	0,11	-0,69	-0,10	2,24	2,98
	NOV	1458,9300000000000	-0,18	-0,38	-1,00	2,06	2,64
	DEZ	1465,0600000000000	0,42	0,35	-0,73	2,49	2,49

**ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR - INPC
SÉRIE HISTÓRICA**

(conclusão)

ANO	MÊS	NUMERO INDICE (DEZ 93 = 100)	VARIÇÃO (%)				
			NO MÊS	3 MESES	SEMESTRAL	NO ANO	12 MESES
1999	JAN	1474,5800000000000	0,65	0,89	0,20	0,65	2,28
	FEV	1493,6000000000000	1,29	2,38	1,99	1,95	3,05
	MAR	1512,7200000000000	1,28	3,25	3,61	3,25	3,86
	ABR	1519,8300000000000	0,47	3,07	3,99	3,74	3,88
	MAI	1520,5900000000000	0,05	1,81	4,23	3,79	3,19
	JUN	1521,6500000000000	0,07	0,59	3,86	3,86	3,10
	JUL	1532,9100000000000	0,74	0,86	3,96	4,63	4,16
	AGO	1541,3400000000000	0,55	1,36	3,20	5,21	5,25
	SET	1547,3500000000000	0,39	1,69	2,29	5,62	5,99
	OUT	1562,2000000000000	0,96	1,91	2,79	6,63	6,89
	NOV	1576,8800000000000	0,94	2,31	3,70	7,63	8,08
	DEZ	1588,5500000000000	0,74	2,66	4,40	8,43	8,43
2000	JAN	1598,2400000000000	0,61	2,31	4,26	0,61	8,39
	FEV	1599,0400000000000	0,05	1,41	3,74	0,66	7,06
	MAR	1601,1200000000000	0,13	0,79	3,47	0,79	5,84
	ABR	1602,5600000000000	0,09	0,27	2,58	0,88	5,44
	MAI	1601,7600000000000	-0,05	0,17	1,58	0,83	5,34
	JUN	1606,5700000000000	0,30	0,34	1,13	1,13	5,58
	JUL	1628,9000000000000	1,39	1,64	1,92	2,54	6,26
	AGO	1648,6100000000000	1,21	2,92	3,10	3,78	6,96
	SET	1655,7000000000000	0,43	3,06	3,41	4,23	7,00
	OUT	1658,3500000000000	0,16	1,81	3,48	4,39	6,15
	NOV	1663,1600000000000	0,29	0,88	3,83	4,70	5,47
	DEZ	1672,3100000000000	0,55	1,00	4,09	5,27	5,27
2001	JAN	1685,1900000000000	0,77	1,62	3,46	0,77	5,44
	FEV	1693,4500000000000	0,49	1,82	2,72	1,26	5,90
	MAR	1701,5800000000000	0,48	1,75	2,77	1,75	6,27
	ABR	1715,8700000000000	0,84	1,82	3,47	2,60	7,07
	MAI	1725,6500000000000	0,57	1,90	3,76	3,19	7,73
	JUN	1736,0000000000000	0,60	2,02	3,81	3,81	8,06
	JUL	1755,2700000000000	1,11	2,30	4,16	4,96	7,76
	AGO	1769,1400000000000	0,79	2,52	4,47	5,79	7,31
	SET	1776,9200000000000	0,44	2,36	4,43	6,26	7,32
	OUT	1793,6200000000000	0,94	2,18	4,53	7,25	8,16
	NOV	1816,7600000000000	1,29	2,69	5,28	8,64	9,24
	DEZ	1830,2000000000000	0,74	3,00	5,43	9,44	9,44
2002	JAN	1849,7800000000000	1,07	3,13	5,38	1,07	9,77
	FEV	1855,5100000000000	0,31	2,13	4,88	1,38	9,57
	MAR	1867,0100000000000	0,62	2,01	5,07	2,01	9,72
	ABR	1879,7100000000000	0,68	1,62	4,80	2,71	9,55
	MAI	1881,4000000000000	0,09	1,40	3,56	2,80	9,03
	JUN	1892,8800000000000	0,61	1,39	3,42	3,42	9,04
	JUL	1914,6500000000000	1,15	1,86	3,51	4,61	9,08
	AGO	1931,1200000000000	0,86	2,64	4,07	5,51	9,16
	SET	1947,1500000000000	0,83	2,87	4,29	6,39	9,58
	OUT	1977,7200000000000	1,57	3,29	5,21	8,06	10,26
	NOV	2044,7600000000000	3,39	5,88	8,68	11,72	12,55
	DEZ						

FONTE: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de Índices de Preços,

Sistema Nacional de Índices de Preços ao

NOTA : PÉRIODO DE COLETA AJUSTADO AO MÊS CIVIL (DO 1º AO 30º DIA DE CADA MÊS), PARA OS MESES ANTERIORES

A MARÇO DE 86.