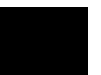


**ESTRUTURAÇÃO DA ÁREA
DE RECURSOS HUMANOS
NAS SECRETARIAS DE SAÚDE
DOS ESTADOS E
DO DISTRITO FEDERAL**



Equipe de elaboração

Coordenação

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Júlio Strubing Müller Neto

Pesquisadores

Cláudio Duarte da Fonseca

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Eliane dos Santos Oliveira

Neuza Maria Nogueira Moysés

Paulo Henrique D'Angelo Seixas

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Colaborador

André Falcão

Projeto Gráfico

Fernanda Goulart

Arte final

Fernanda Goulart

Fernanda Rubinger

Júlia Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos
Estados e do Distrito Federal / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. -
Brasília : CONASS, 2004.
220 p., (CONASS Documenta ; v.1)

1. SUS (BR). 2. Recursos Humanos em Saúde. I. Título. II.
Série.

NLM WA 525
CDD - 20.ed. - 362.1068

Presidente

Gilson Cantarino O'Dwyer - RJ

Vice-Presidentes

Álvaro Antônio Melo Machado - AL

Fernando Agostinho Cruz Dourado – PA

João Paulo Barcellos Esteves - MS

Osmar Terra - RS

Secretário Executivo

Ricardo F. Scotti

Assessoria Técnica

Ana Luiza Wenke Motta de Castilho

Gisele Onete Marani Bahia

Júlio Strubing Müller Neto

Luís Fernando Rolim Sampaio

Regina Helena Arroio Nicoletti

René José Moreira dos Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Viviane Rocha de Luiz

Apoio Administrativo

Carolina Abad Cunha

Júlio Barbosa de Carvalho Filho

Luciana Toledo Lopes

Paulo Arbués Carneiro

Sheyla Cristina Ayala Macedo

Secretários Estaduais de Saúde

AC - Cassiano Figueira Marques de Oliveira

AL - Álvaro Antônio Melo Machado

AP - Sebastião Ferreira da Rocha

AM - Leny Nascimento da Motta Passos

BA - José Antônio Rodrigues Alves

CE - Jurandi Frutuoso Silva

DF - Arnaldo Bernardino Alves

ES - João Felício Scardua

GO - Fernando Passos Cupertino de Barros

MA – Sueli Tonial

MG - Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

MT – Marcos Henrique Machado

MS – João Paulo Barcellos Esteves

PA - Fernando Agostinho Cruz Dourado

PB - José Joácio de Araújo Moraes

PE - Guilherme José Robalinho

PI – Bruno Cristiano de Souza Figueiredo

PR - Cláudio Murilo Xavier

RJ - Gilson Cantarino O 'Dwyer

RN - Ivis Alberto Lourenço Bezerra

RO - Miguel Sena Filho

RR - Altamir Ribeiro Lago

RS - Osmar Terra

SC - Carlos Fernando Coruja Agustini

SE - Eduardo Alves Amorim

SP - Luiz Roberto Barradas Barata

TO - Petrônio Bezerra Lola

ÍNDICE

	PG
	7
1. Introdução	
1.1. Contexto	8
2. Desenvolvimento Metodológico	10
	14
3.0 Estudo	
3.1. Perfil do Gestor Estadual.	14
3.2. Perfil da área de recursos humanos na visão dos Gestores Estaduais de saúde.	15
3.3. Funcionamento da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS.	16
3.4. Quantitativos, gastos e modalidades de contratação de pessoal de saúde das SES.	21
3.5. Organização, Estrutura e Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde e do DF	27
4. Considerações Gerais	36
	40
5. Referências Bibliográficas	
	45
6. Anexos	
6.1. Gráficos	46
6.2. Tabelas	58
6.3. Quadros	80
6.4. Levantamento Documental Tabulado da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS – período 1995 a 2002	89
6.5. Portarias e Resoluções	102
6.6. Instrumentos de coleta de dados	105
	121
7. Glossário de Siglas	

8. Apêndice	125
Caracterização dos Estados segundo aspectos Sócio-Econômico, Demográfico, Epidemiológico e de Empregos em Saúde.	
8.1. Notas Metodológicas	139
8.2. Descrição dos Indicadores	144
8.3. Síntese dos Estados segundo dimensões e categorias pré-selecionadas	151
8.4. Tabelas	166
8.5. Gráficos	180
8.6. Pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde, por jornada de trabalho e vínculo com o estabelecimento, segundo a ocupação – todos os Estados	191

I. Introdução

O relatório do estudo ora apresentado é entendido como um desdobramento do Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003 (Progestores), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em parceria com o Ministério da Saúde. Entendendo a área de recursos humanos (RH) como essencial à gestão do sistema, o projeto foi desenvolvido por meio de acordo de cooperação técnica entre a Representação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) no Brasil, o Ministério da Saúde e o CONASS, com prazo de execução de seis meses, tendo sido iniciado em fevereiro de 2003.

Este relatório faz parte de um conjunto de produtos obtidos a partir do estudo, que teve por objetivo elaborar diagnóstico da situação de contratação de pessoal e da organização, estrutura e ações das áreas de recursos humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal (SES) após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como traçar o perfil dos Gestores Estaduais e sua percepção inicial da área de RH, bem como dos Dirigentes Estaduais de Recursos Humanos. A partir do estudo, desenhar e executar ações que contribuam para a reestruturação da área nas SES, construindo alternativas de intervenção com vistas a uma ação da gestão estadual compatível com as diferentes realidades locais e regionais e o processo de implantação do SUS. Farão parte do processo outros produtos, entre os quais a apresentação oficial dos dados levantados no Seminário para a Construção de Consensos sobre Recursos Humanos com a participação dos Gestores Estaduais e dos Dirigentes de Recursos Humanos das Secretarias de Saúde.

O processo de execução em suas diferentes etapas foi rico em aprendizado para todos os envolvidos, em particular para a equipe de planejamento, desenho e execução do estudo. Vários relatos foram verbalizados pelos pesquisados no sentido do ineditismo da iniciativa a partir de uma entidade representativa dos interesses do segmento gestor estadual do SUS. Também foi comum o registro das dificuldades na obtenção dos dados na máquina administrativa do governo estadual, principalmente àqueles referentes à folha de pagamento e o fato de que o esforço em realizar a tarefa serviu para uma primeira organização de informações necessárias ao cotidiano da gestão de RH.

Diante das diversas dificuldades apresentadas no processo de execução do estudo, principalmente na coleta e retorno das informações do quadro de pessoal e despesas com as folhas de pagamento, o CONASS solicitou a prorrogação do prazo inicial de seis para dez meses, o que foi aceito pela entidade financiadora do projeto.

Em que pesem os adiamentos e dificuldades, fica registrado o empenho de todos que, em algum momento, participaram do processo no sentido da garantia da realização do estudo e da seriedade com que as informações foram garimpadas.

1.1. O Contexto

Ao tratarmos das ações relativas a uma política de recursos humanos em saúde, estamos considerando um conjunto de atividades direcionadas a distribuir e garantir acesso a um conjunto de bens relacionados às pessoas que atuam nos sistemas de saúde. Estas ações estão dirigidas: à distribuição de pessoas na quantidade necessária, com as respectivas qualificações desejadas, ou seja, postos de trabalho com o respectivo perfil da função desejada, para a prestação de serviços à população; oferecer aos trabalhadores condições de trabalho, carreira, contrato, modalidades de vínculos, mecanismos de incentivos e motivação, estabelecidos na relação de trabalho entre empregadores e empregados; disponibilizar as oportunidades de formação e desenvolvimento oferecidas pelos centros formadores e serviços aos estudantes e profissionais, consolidadas pelos títulos e certificações daí decorrentes, e finalmente aos campos de atuação e autorização para exercício profissional, definido pelas corporações.

Este conjunto de ações distributivas de bens, associadas às atividades de regulação, concentra-se em três grandes campos de intervenção: o campo da preparação, formação e desenvolvimento de pessoas; o campo da incorporação/ gestão de pessoas nos serviços e o campo da regulação profissional.

Estes campos, por sua vez, também apresentam, em linhas gerais, conjunturas e problemas específicos. Assim, no campo da gestão de pessoas identifica-se uma contradição básica: se, por um lado, o sistema de saúde, frente aos princípios do SUS, aponta sempre para a expansão da incorporação de pessoas e, portanto, do emprego, na medida em que, em saúde, a incorporação de tecnologia não representa substituição de

trabalhadores¹, por outro lado as políticas de restrição fiscal, de contenção do gasto público, em particular aquelas definidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, associada à rigidez estabelecida, em algumas circunstâncias, pela legislação trabalhista, por vezes induzem os gestores a adotar mecanismos de contratação pouco ortodoxos e freqüentemente irregulares, criando situações de precarização nas relações de trabalho.

Já no campo da preparação de pessoas, mesmo se reconhecendo a existência de programas e projetos consistentes de qualificação em desenvolvimento no SUS - parte deles induzidos pelo Ministério da Saúde - , e a disponibilidade de algum recurso, principalmente proveniente de empréstimos internacionais, ainda persiste uma significativa fragmentação entre estas ações, resultando freqüentemente em pouco impacto na mudança efetiva das práticas nos serviços, ao mesmo tempo em que o processo de formação dos profissionais persiste distanciado das demandas do sistema.

¹ Os dados da AMS - Assistência Médico Sanitária, pesquisa periódica realizada pela Fundação IBGE em âmbito nacional, demonstram o fenômeno da incorporação constante e crescente de mão de obra no setor saúde.

Finalmente, no campo da regulação profissional, o contínuo desenvolvimento de novas formas de organização do trabalho bem como a incorporação tecnológica vem exigindo novas competências profissionais e gerando áreas comuns, áreas cinzentas em termos de campos de trabalho, passíveis de serem partilhados por diferentes profissões. A regulação desta relação, por sua vez, segue sendo exclusiva das corporações profissionais. Já os conflitos surgidos na disputa por campos de prática são resolvidos exclusivamente pela intervenção jurídica, quando da sua agudização, inexistindo um agente mediador do sistema e do interesse público nesse processo.

Estas e outras questões crescem em complexidade quando trazidas para a realidade de implantação do SUS, em particular aquela enfrentada pelos gestores estaduais. A evolução do papel do gestor estadual exige o desenvolvimento de novas competências gerenciais relacionadas à função reguladora e avaliadora sobre as atividades e responsabilidades assumidas pelos municípios, associadas à cooperação técnica e à qualificação dos gestores municipais para assumirem tais funções, ao mesmo tempo em que deve manter e aprimorar a capacidade gerencial dos serviços de alta complexidade, quando for o caso, e eventualmente de manter a gerência de serviços de média e baixa complexidades, quando a condição do município assim o exigir. Dessa forma, essas funções de regulação, desenvolvimento e de gerência direta de serviços relacionadas ao papel da gestão estadual de promover equidade distributiva no acesso aos serviços e integralidade na sua prestação vão provocar contínuas demandas para a área de Recursos Humanos.

Buscando se aproximar de como os agentes públicos, os Secretários Estaduais de Saúde e os responsáveis pelos setores de recursos humanos compreendem essas questões, como interagem com elas em termos do discurso, priorização de recursos, desenvolvimento de atividades, mudanças nas práticas e estruturação de suas respectivas secretarias, é que foram sistematizadas as informações obtidas, mostrando as diversidades e semelhanças das Secretarias Estaduais de Saúde pós-implantação do SUS, em particular em um determinado momento de suas histórias e das conjunturas locais, regionais e nacional.

2. Desenvolvimento metodológico

Para alcançar os objetivos da presente pesquisa, desenvolveu-se estudo de casos múltiplos para delimitar e analisar as condições de implementação das políticas de recursos humanos das Secretarias Estaduais de Saúde. Cada SES, especificamente sua área de recursos humanos, foi considerada como caso de estudo.

Entende-se por condições de implementação de políticas de recursos humanos a combinação de recursos internos e externos relacionados ao trabalho das SES nessa área, a capacidade técnica e política dos atores envolvidos e o processo de trabalho vivenciado por suas áreas de recursos humanos.

Optou-se pelo estudo de caso, considerando a possibilidade de se implementar uma análise mais abrangente dos vários fenômenos envolvidos no desenvolvimento de estratégias e políticas de recursos humanos no âmbito das SES. Buscou-se levar em conta a análise das várias dimensões envolvidas no processo de desenvolvimento de ações de RH, da intensidade e condições de implementação, das relações entre os componentes envolvidos e os fatores facilitadores e dificultadores.

Partiu-se do pressuposto de que, mesmo se considerando a posição estratégica que o componente recursos humanos vem tomando dentro da organização do Sistema Único de Saúde nos últimos anos, o desenvolvimento de estratégias e políticas para sua implementação no âmbito dos Estados, está associado a um conjunto de fatores complexos de natureza econômica e social, jurídica, técnica e política, de estrutura organizacional e de disponibilidade de recursos materiais e financeiros necessários para o alcance dos objetivos das políticas nesta área: a organização e disponibilidade de recursos humanos capacitados para práticas sanitárias voltadas para a melhoria das condições de saúde e de vida dos usuários do SUS.

Foram utilizados dois recortes: o ambiente externo e o ambiente interno de cada SES.

O ambiente externo é composto por aspectos demográficos, dados relacionados à situação sócio-econômica e epidemiológica e aos empregos em saúde, por unidade da federação, Brasil e grandes Regiões, objetivando caracterizar cada um dos diferentes Estados, objeto do estudo (dados apresentados como apêndice). Também como elemento externo, efetuou-se a análise dos trabalhos desenvolvidos pela Câmara Técnica de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CTRH/CONASS), pelo papel que esta desempenha na assessoria à direção da entidade.

No plano de caráter interno a cada SES analisou-se: (a) o discurso dos gestores estaduais e as formulações técnico-políticas de seu órgão gestor; (b) a capacidade técnica, a organização e a gestão dos setores de recursos humanos e (c) a alocação de

recursos financeiros, disponibilidade de trabalhadores de saúde nas SES² e as características das modalidades de vínculos.

O trabalho foi conduzido por um grupo formado por seis técnicos com formações e especializações diversificadas, além de ampla experiência em pesquisa, gestão e desenvolvimento de recursos humanos em saúde. O grupo responsável pela concepção inicial do projeto foi ampliado em dezembro de 2002 e desenvolveu trabalho de detalhamento das estratégias de investigação e dos instrumentos de pesquisa nos meses de janeiro e fevereiro de 2003.

O projeto de pesquisa foi apresentado na Assembléia do CONASS de 19 de fevereiro de 2003, com a presença dos 27 Secretários Estaduais de Saúde. Os instrumentos para coleta de dados foram apresentados e discutidos em reuniões da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS em abril e maio de 2003, não tendo sofrido alterações significativas.

O início dos trabalhos de coleta de informações coincidiu com o processo de mudança das equipes gestoras do SUS nos níveis federal e estadual, momento de renovação de alguns técnicos que conduziam os trabalhos da área.

Para coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: roteiro de entrevista com o Gestor Estadual; Levantamento Nacional da Situação de Contratação de Pessoal na Área de Saúde das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, Levantamento da Organização, Estrutura e Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde e Questionário aos atores-chave da Câmara Técnica de Recursos Humanos (Instrumentos de Coleta de dados I a IV).

A entrevista com os gestores estaduais foi realizada por membros do grupo, no período de fevereiro a junho de 2003, totalizando 27 Secretários Estaduais. Cada entrevistado foi informado dos objetivos da entrevista e solicitado a assinar termo de consentimento. Foi utilizado roteiro de entrevista para condução e registro das mesmas. As entrevistas foram gravadas e os aspectos considerados mais relevantes da fala dos secretários foram transcritos e consolidados em matriz de resposta. Nesta entrevista buscou-se identificar cada gestor quanto a: idade, formação, experiência profissional e sua percepção inicial sobre a situação encontrada na área de recursos humanos.

Os dados sobre os trabalhadores de saúde nas SES foram coletados com utilização de questionários enviados por meio eletrônico, para os dirigentes ou responsáveis de RH das SES, no período de abril a agosto de 2003. Para complementação de informações enviadas, solução de dúvidas, esclarecimentos e no processo de retorno das respostas, foram utilizados, contatos telefônicos e meio eletrônico. O índice de resposta neste componente foi de 100%.

2 Para este estudo optou-se pela denominação "trabalhadores de saúde nas SES" para identificar o quantitativo de pessoas, com ou sem formação específica em saúde, atuando em atividades de saúde, nas Secretarias Estaduais de Saúde. Machado (1992)

Foram levantadas informações sobre gastos com pessoal ativo e inativo, por fonte de recursos, quantitativos de pessoal por nível de formação e características dos vínculos segundo o tipo de administração - direta e indireta.

Os dados sobre estrutura, processo de organização e ações desenvolvidas pelas áreas de recursos humanos das SES foram levantados, no período de março a setembro de 2003, por meio de questionários enviados por e-mail para os dirigentes de RH.

Os questionários envolviam informações sobre: dirigente/responsável pela área de RH (vínculo, formação, tempo de trabalho na área, experiência); características organizacionais: estrutura, vinculação hierárquica e técnica, competência para desenvolvimento de ações específicas de RH (acesso, avaliação e admissão de pessoal); desenvolvimento de parcerias; disponibilidade de recursos humanos, materiais e financeiros para realização de atividades; processo de planejamento e gestão; e existência de planos e projetos considerando as diferentes áreas de gestão de pessoas. Todos os informantes responderam este componente.

Dados secundários sobre condições sócio-econômicas, de organização e financiamento na saúde e da disponibilidade geral de profissionais de saúde e empregos (médicos, enfermeiros, odontólogos, sanitaristas, pessoal de enfermagem e outras) foram obtidos a partir de base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Pesquisa Assistência Médico Sanitária (AMS) e da Pesquisa Nacional de Amostra e Domicílio (PNAD), do Ministério da Saúde/DATASUS, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS/MS e dos Conselhos Federais das Profissões envolvidas no estudo.

Esta fase desenvolveu-se no período de fevereiro a outubro de 2003, sendo os dados sistematizados e processados por meio de planilhas, utilizando-se para tabulação os softwares Access, Excel e Word. Foram levantados dados populacionais, força de trabalho, renda e condições de vida; organização da rede de serviços e financiamento de ações de saúde; número de profissionais de nível superior, técnico e auxiliar em exercício, empregos de saúde, estabelecimentos, equipamentos e leitos disponíveis no Estado.

A análise da trajetória da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS foi desenvolvida no período de março a abril de 2003, a partir das atas e documentos técnicos (relatórios de oficinas e outras publicações) das assembleias do CONASS, de documentos resultantes dos trabalhos da Câmara Técnica e de respostas de questionários enviados para atores chaves que atuaram na Câmara Técnica no período de 1995 a 2002.

Para a seleção destes depoimentos foram consideradas as seguintes características: ex-coordenadores e membros da Câmara Técnica, ex-coordenadores de RH do Ministério da Saúde e representante da área de RH da OPAS. Os questionários foram enviados por e-mail durante o mês de março de 2003 e continham dados do entrevistado, os relatos pessoais dos diferentes momentos da Câmara Técnica; opinião sobre seu funcionamento; fatores que facilitaram e dificultaram o desenvolvimento de

suas atividades, bem como as principais contribuições para a nova gestão da Câmara Técnica.

A pesquisa documental das atividades da Câmara Técnica de Recursos Humanos considerou o tipo de documento, principais temas abordados e proposições apresentadas.

3. O Estudo

3.1. Perfil do Gestor Estadual

Foram feitas entrevistas a partir de um roteiro padrão com os 27 Gestores Estaduais, à época recém-empossados nos cargos de Secretários de Estado. Os resultados configuraram a percepção inicial que aqueles gestores manifestaram da área de recursos humanos, bem como permitiram traçar um perfil dos mesmos.

A maioria absoluta, 93,0%, é do gênero masculino, o que corrobora com as observações já registradas por Machado (2002) quando observa que, embora no Brasil, o setor saúde seja majoritariamente feminino, nas profissões e especialidades com melhores ofertas de remuneração e de maior prestígio o predomínio do gênero masculino é significativo. A função de Gestor Estadual do SUS também é eminentemente masculina (Gráfico 1).

Há concentração de gestores na faixa etária de 41 a 50 anos, 55,6% do total, nenhuma ocorrência de menos de 30 anos e uma distribuição idêntica de 18,5% nas faixas de 31 a 40 anos e 51 a 60 (Gráfico 2). Na faixa de 41 a 60 anos concentram-se 74,1% dos gestores.

A maioria dos gestores tem formação superior na área de saúde, com forte concentração de médicos, 77,8%, cabendo aos outros cursos de saúde 7,4%. Um pequeno percentual, 11,1% tem graduação em cursos diferentes e apenas 3,7% possui o nível médio em outras áreas. (Gráfico 3 e 4).

Um significativo número de gestores possui pós-graduação em saúde, 85%, contra 11% em outras áreas. (Gráfico 5). Entre os gestores médicos há uma gama de especialistas, destacando-se as áreas de administração e gestão hospitalar, saúde pública e administração de serviços de saúde (14 gestores), todas diretamente relacionadas ao cargo que ocupam. (Gráfico 6).

Além de serem bem qualificados, outra característica relevante deste segmento de gestores é a experiência acumulada em gestão em saúde, 73%. Experiência de gestão em outras áreas, 20% e somente 7% declararam não possuir experiência em gestão (Gráfico 7).

Ao analisarmos as atividades exercidas anteriormente à função de gestor estadual, observamos que 46,5% dos gestores já exerceram atividades de direção de entidades públicas, seguido de representação classista, 19,8%, e representação política, 16,3%. Há um percentual de gestores, 9,3%, que atuavam em docência e 2,3% foram membros de conselhos de saúde. Apenas 5,8% dos gestores atuais são provenientes do setor privado. (Gráfico 8).

Os resultados apontam para um perfil altamente qualificado de Gestores Estaduais do SUS com considerável experiência gerencial na área pública, com significativa formação profissional e com forte concentração de médicos.

3.2. Perfil da área de recursos humanos encontrada pelos Gestores nas Secretarias de Estado de Saúde.

Um dos componentes da entrevista era a percepção dos gestores sobre a área de recursos humanos de sua Secretaria, 95% declararam ter encontrado uma situação bem problemática e desestruturada e somente 5% a consideraram estruturada (Gráfico 9).

A maioria dos problemas identificados situa-se no campo da gestão, 79%, e 21% em desenvolvimento de recursos humanos. Neste ponto há convergência entre os relatos e a literatura que tem sido produzida por diferentes autores, quando exploram a temática e a implementação do Sistema Único de Saúde. (Gráfico 10)

Na situação problemática destacam-se, no Gráfico 11, os seguintes itens agrupados em ordem decrescente de menções, a saber: 1º) necessidade de contratação de pessoal/quantidade defasada; 2º) diversas modalidades de contratos temporários; 3º) falta de qualificação dos profissionais em diversos aspectos; 4º) insatisfação dos trabalhadores com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); 5º) dificuldade de fixar médicos no interior; 6º) salários não atrativos/baixa remuneração e 7º) Inexistência ou carência de Escolas de Saúde Pública.

Embora grande parte dos gestores (29,6%) tenha iniciado a gestão no início do ano, 63,0% apresentava propostas formuladas para a área (Gráfico 12). Entre as mais citadas, destacam-se em ordem de prioridade: Administração de RH, com 39,9%, Desenvolvimento de RH, com 20,3%, Desenvolvimento Institucional, com 16,7%; Regularização da Situação Funcional, com 14,5% e outros relacionados à Carreira, com 8,7%. (Gráfico 13)

As propostas de mudanças que mais sobressaíram, em ordem decrescente foram: 1º) Qualificar o pessoal das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) desenvolvendo capacitações; 2º) Realizar concurso público; 3º) Elaborar, implantar/implementar PCCS; 4º) Implantar Escola de Saúde Pública; 5º) Reformular a área de RH da SES; 6º) Levantar as necessidades de RH/planejamento estratégico; 7º) Regularizar contratos. (Quadro 1).

A partir dos dados do Gráfico 14 verifica-se que 66,7% das áreas de RH estão diretamente vinculadas às próprias Secretarias. Embora não tenhamos relatos anteriores, a literatura nos dá conta da tradição de subordinação do setor às Secretarias de Administração. É provável que a implantação do SUS tenha provocado o desenvolvimento das estruturas próprias.

O Quadro 2 demonstra a diversidade dos órgãos de RH dentro das Secretarias, a maioria está estruturada como coordenadorias, diretorias, superintendências e departamentos. Voltaremos ao tema quando estivermos analisando os dados específicos das áreas de RH.

3.3 Funcionamento da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS

A análise da trajetória da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS foi desenvolvida a partir de um estudo das atas e documentos técnicos das oficinas de trabalho, das assembleias do CONASS e de respostas de questionários enviados para atores chaves que atuaram na Câmara Técnica no período de 1995 a 2002.

A pesquisa documental considerou o tema central da Oficina de Trabalho, a abordagem do assunto recursos humanos e a existência de encaminhamentos e propostas para a área. Foi analisada a publicação Cadernos CONASS, periódico que relata as Oficinas de Trabalho da entidade e apresenta os relatórios, pautas e listas de presenças dessas reuniões, bem como o Relatório de Instalação da Câmara Técnica de Recursos Humanos.

Na análise dos Cadernos CONASS, verifica-se que o tema recursos humanos sempre esteve presente enquanto preocupação dos gestores estaduais e dos demais técnicos das secretarias de saúde (vide item 6.5 do anexo) o que culminou com a proposta de constituição e instalação da "Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS - CTRH", formada "com o objetivo de formular propostas de políticas e estratégias específicas relativas a experiências e integração nas áreas de preparação, regulamentação

e gestão de recursos humanos, no âmbito estadual, regional e nacional, visando à qualidade da atenção prestada à população".³

Instalada durante a IV Oficina de Trabalho do CONASS realizada no Rio de Janeiro, em novembro de 1995, a primeira reunião de seus membros - dirigentes de recursos humanos das Secretarias de Saúde - só ocorreu em outubro de 1996, devido a dificuldades gerais na mobilização e liberação dos técnicos de recursos humanos das SES. Aquela reunião teve como principais produtos a definição da estrutura, composição e funcionamento da Câmara Técnica de Recursos Humanos, bem como a eleição das Coordenações Regionais e elaboração da minuta de Resolução do CONASS, criando a Câmara Técnica (Resolução 02 e Portaria 02, de 20 de Dezembro de 1996). Como proposta de trabalho, definiu-se,

3 CADERNOS CONASS, Ano 1
- n.º 1 - 1998.

prioritariamente, a realização de um diagnóstico sobre vínculo, remuneração e incentivos nas Secretarias Estaduais de Saúde.

A CTRH trazia na sua composição inicial os dirigentes de recursos humanos das Secretarias Estaduais de Saúde das unidades federadas, um representante da coordenação geral de recursos humanos para o SUS do Ministério da Saúde e um representante do Conasems e previa a constituição de 5 (cinco) Câmaras Técnicas Regionais.

As reuniões da Câmara Técnica de Recursos Humanos eram realizadas a cada dois ou três meses, sempre durante as Oficinas de Trabalho do CONASS, e extraordinariamente, quando necessário ao desenvolvimento de seu trabalho, sendo as Secretarias de Saúde responsáveis por garantir a participação de seus membros nas reuniões agendadas pelo CONASS.

Histórico até 1999

A partir do início de suas atividades em outubro de 1996 e até o final de 1999, observa-se um intenso trabalho da Câmara Técnica de Recursos Humanos. São descritos pelos entrevistados com participação à época: “intensa participação dos membros na identificação de temas relevantes e mobilização para as discussões em plenária, inclusive com produção de documentos sobre as questões debatidas e apresentação de encaminhamentos nos momentos de comunicação coordenada das reuniões do CONASS”.

São exemplos dessas publicações o Relatório de Instalação da Câmara Técnica de Recursos Humanos⁴ e o caderno específico sobre RH, fruto da Oficina realizada em Cuiabá, com os seguintes conteúdos: Gestão de Recursos Humanos e a Qualidade dos Serviços de Saúde; Reforma Administrativa; Gestão participativa nas Relações de Trabalho: Mesa de Negociação Coletiva; Modalidades de Contratação, Remuneração e Incentivos; Missão das Secretarias Estaduais de Saúde e Proposta de Ação Conjunta⁵, bem como o Relatório Preliminar de avaliação das Principais Ações, em 1998.

Como facilitadores do funcionamento da Câmara Técnica de Recursos Humanos no período são citadas: a intensa mobilização ocorrida no início dos trabalhos em torno da importância desse fórum para discussão das questões emergentes sobre os recursos humanos do SUS; o papel de articulação e liderança exercida pelos primeiros coordenadores da câmara; a credibilidade dada nos primeiros anos para aquele fórum, tanto pelos gestores, quanto pelos coordenadores de desenvolvimento de

4 CADERNOS CONASS, Ano 1 - n.º 1 - 1998.

5 Relatório Final; Oficina de Trabalho - Cuiabá - MT/11 a 13 de dezembro de 1996.

recursos humanos, do Ministério da Saúde e a discussão nacional, da reforma do Estado brasileiro.

Como fator que dificultava o funcionamento da CTRH foi mencionada a precária estrutura do CONASS, criando dificuldades para atividades de rotina, como por exemplo, a falta de infraestrutura administrativa.

Foram citadas como as maiores contribuições da Câmara Técnica de Recursos Humanos para a política de RH do CONASS: a consolidação da necessidade de profissionalização dos gestores de RH das SES - "naquele período consolidou-se em vários Estados a idéia da necessidade da profissionalização dos gestores de RH das Secretarias Estaduais, o que permitiu a incorporação de novos olhares sobre a agenda de RH, apontando-se para além da tradicional pauta de formação"-; a discussão da cessão de pessoal entre as esferas político-administrativas do SUS; a elaboração do estudo sobre vínculo empregatício, remuneração e incentivos e a elaboração e edição de seu regimento interno. A CTRH foi considerada pelos seus membros, naquele período, como um marco para a construção do consenso sobre a importância estratégica dos recursos humanos para o SUS.

Em 1998 a Câmara Técnica de Recursos Humanos apresentou o Relatório Preliminar de Avaliação das Principais Ações contendo: histórico, objetivo, composição, funcionamento, principais realizações, discussões temáticas, relatório das atividades do período 95/98; avaliação das ações desenvolvidas e perspectivas para 1999 ⁶.

Segundo o relatório foram cinco as prioridades trabalhadas pela Câmara:

1. Diagnóstico de RH: realizado levantamento e consolidação da situação de vínculos, remuneração e incentivos, que permitiu a visualização da diversidade de situações praticadas nos Estados, evidenciando-se a distância entre a legislação vigente e as práticas adotadas pelas SES, bem como a falta de clareza entre incentivo e complemento de remuneração;

2. Ordenamento de cessão de pessoal entre as três esferas de governo: levantamento e consolidação das formas de cessão de pessoal nos Estados, a partir das SES; discussão dos resultados obtidos com o Conasems, coordenação dos escritórios estaduais do Ministério da Saúde e Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do CONASS (cessão de pessoal para vigilância de portos e aeroportos), e elaboração de ato legal, culminando com Portaria Ministerial regulamentando aspectos da cessão de pessoal;

3. Financiamento dos processos de formação e capacitação de RH: mapeamento das fontes de financiamento e identificação de suas linhas prioritárias; discussão sobre a

⁶ CADERNOS DO CONASS,
Ano IV, n. ° 17 - 1998.

aplicação dos recursos do FAT na oficina do CONASS, como estratégia de sensibilização dos Secretários e do CODEFAT para estabelecer parcerias diretas entre o Ministério do Trabalho e as escolas técnicas das SES e elaboração de documento apresentado no CONSET, para sensibilização dos coordenadores estaduais do programa. Essas ações permitiram a discussão do Programa Nacional de Qualificação e Requalificação Profissional entre o Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Ministério da Educação e a divulgação das informações, permitindo maior acesso dos Estados a estas fontes;

4. Pessoal de nível médio: avaliação do Projeto Escola, financiado pelo MS/FIOCRUZ e articulação da Rede de Escolas Técnicas Estaduais ampliando o Projeto Escola para os demais Estados;

5. Sistema de Informações para RH: através da discussão de diferentes programas adotados pelas SES com apresentação da proposta desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social da UERJ, disponibilizado o Sistema de Informação Gerencial de Recursos Humanos (SIGRH) para as SES que explicitaram interesse na sua implantação.

Consta do relatório que apesar das estratégias de mobilização implementadas, apenas 14 Estados participaram regularmente das reuniões, cinco participaram esporadicamente e oito estiveram ausentes do processo.

De 1999 a 2002

A análise do funcionamento da Câmara Técnica de Recursos Humanos entre 1999 e 2002 ficou prejudicada uma vez que o CONASS dispõe de poucos registros das atividades desenvolvidas no período. Os registros das atividades das Câmaras Técnicas do CONASS ficavam sob a responsabilidade dos coordenadores nacionais e muitas vezes, pautas, listas de presenças e atas não eram encaminhadas para arquivo. Assim sendo, para analisar esse período utilizou-se, quase que exclusivamente, as respostas aos questionários enviados para atores chaves que atuaram na Câmara Técnica.

As respostas ao questionário demonstram que, a partir de 1999, com o início das novas gestões estaduais, houve uma desaceleração nas atividades da Câmara Técnica de Recursos Humanos.

As dificuldades quanto à liberação dos técnicos pelas Secretarias Estaduais por problemas financeiros, a alta rotatividade dos participantes e a ausência de alguns membros em função de inúmeras atribuições desenvolvidas em seu Estado, ocasionaram perda de informações e diminuição do envolvimento por parte dos coordenadores de recursos humanos, dificultando a continuidade das discussões. Aliada às dificuldades comuns às Secretarias Estaduais, observou-se uma descontinuidade na participação dos representantes do Ministério da Saúde - Coordenação de Desenvolvimento de RH, e do Conasems.

Foram citados como aspectos relevantes da atuação da Câmara Técnica nesse período: a) a qualificação profissional, pelo estabelecimento de parcerias entre sistemas de saúde e instituições de ensino no sentido de assegurar aos profissionais da saúde educação continuada, com oferta de cursos de capacitação e especialização para equipes gestoras e programas de mestrado; b) o resgate das Escolas Técnicas do SUS em parceria com o PROFAE garantindo a capacitação para os profissionais da área de enfermagem do nível médio; c) a participação na elaboração e edição da NOB/RH-SUS.

Os entrevistados apontaram ainda alguns pontos importantes para discussão na CTRH - gestão 2003 - 2006: a) o acompanhamento permanente dos programas de capacitação e treinamentos coordenados pela SGTES/MS (PROFAE, PROMED, Pólos de Capacitação em PSF e PROESF); b) a discussão, aprovação e a complementação da NOB-RH; c) a articulação com o Ministério da Saúde visando adequação dos processos de desenvolvimento de RH para o SUS; d) a capacitação à distância e educação continuada; e) a contínua profissionalização dos gestores de recursos humanos; f) a discussão das dificuldades relativas à gestão dos recursos humanos do setor público de saúde, tais como: superposição de vínculos no próprio setor, participação simultânea nos setores público e privado, descumprimento da carga horária contratual, desigualdade de remuneração para funções iguais, diferentes formas de vínculo empregatício no SUS e precarização do trabalho; g) a formação do perfil profissional necessário ao SUS; h) a formulação de propostas para reestruturação da área de recursos humanos nas SES; i) o levantamento da situação dos recursos humanos das secretarias estaduais e a realização da IV Conferência Nacional de RH.

Comentários

Na composição original da Câmara Técnica observamos que, além dos dirigentes de recursos humanos das secretarias estaduais, era previsto um representante da coordenação geral de recursos humanos para o SUS do Ministério da Saúde e um representante do Conasems. A participação dessas instituições nas reuniões foi regular até o final de 1998. Essa composição nos parece que atendeu, à época, a necessidade de instituição de um fórum mais amplo de discussões, na medida em que a Comissão Intersetorial de recursos humanos de Saúde do Conselho Nacional de Saúde estava desativada e historicamente vivia-se a efervescência das discussões para a reforma do Estado brasileiro.

Se considerarmos que as Câmaras Técnicas do CONASS, de âmbito nacional, têm a finalidade de assessorar tecnicamente a Secretaria Executiva, Diretoria e Assembléia Geral na formulação de políticas e estratégias específicas relativas a gestão dos serviços e as ações inerentes ao setor saúde, de desenvolvimento de estudos, de

intercâmbio de experiências e de proposição de normas⁷, observamos que no caso específico da câmara de recursos humanos, ela exerceu, no período estudado, um papel que extrapolou as competências estabelecidas pelo CONASS para as câmaras técnicas.

Em que pese o reconhecimento pelo levantamento feito e pelos relatos dos informantes que viveram o período 1995/2002 da CTRH, observa-se a precariedade dos registros e a dificuldade de recuperar informações referentes ao período. Cabe registrar enquanto sugestão ao CONASS a revisão dos mecanismos de controle dos registros das câmaras técnicas para preservação da memória da entidade.

A análise da trajetória da Câmara Técnica de Recursos Humanos aponta para a importância da mesma tanto para o CONASS, quanto para as SES, sua base de sustentação tem sido a troca de experiências e a cooperação técnica entre os Estados, atividades fundamentais na tomada de decisões para definição da política de recursos humanos. Espera-se que ela seja capaz de articular políticas de recursos humanos que dêem suporte às ações a serem desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, subsidiando os gestores estaduais na articulação com o Ministério da Saúde e demais parceiros intra e extragovernamentais.

3.4. Quantitativos, gastos e modalidades de contratação dos trabalhadores de saúde nas SES.

Para levantamento das informações sobre este componente é importante registrar o esforço empreendido no sentido de ter disponível todos os dados planejados inicialmente. Encontramos algumas dificuldades que certamente limitaram a intenção inicial. O esforço foi válido, dada a necessidade de uma aproximação sobre um conjunto de variáveis de recursos humanos nas SES até então inéditas no país. Destaca-se como fator importante para esta dificuldade o fato da pesquisa ser desenvolvida no início da mudança de gestão das SES que, em sua maioria, encontravam-se em processo de recomposição e reestruturação de suas estruturas e prioridades de ação. Mesmo considerando este fato é importante registrar um alto grau de respostas em todos os componentes.

As secretarias estaduais gastam mensalmente, com recursos do tesouro estadual, no pagamento de folha de trabalhadores de saúde, ativos e inativos, R\$ 444.762.883,33 (R\$ 5,337 bilhões/ano) (Tabela 1).

As Secretarias Estaduais de Saúde têm um quantitativo geral, de trabalhadores de saúde, considerando ativos e inativos, da ordem de 457.123 trabalhadores. Desse total, 398.025 (87,1%) são ativos e 12,9% inativos (Tabela 2).

O gasto médio mensal, por habitante, dos governos estaduais com trabalhadores de saúde, ativos e inativos, é de R\$ 2,55/mês ou R\$ 30,6 hab/ano. Os maiores valores foram verificados no Distrito Federal, R\$ 29,69 e Acre, R\$13,28 e os menores em sete Estados, na faixa de R\$ 1,02, no Paraná a R\$ 1,73, no Rio de Janeiro (Tabela 3).

A relação de gastos médio-mensal de servidores ativos/inativos variou de 1,5 (Rio Grande do Sul) a 25,9 vezes (Tocantins). Destacando-se ainda entre as maiores relações os Estados do Acre (25,2) e Sergipe (23,8) (Tabela 4).

Os gastos com ativos representam 87,2% do total. O gasto médio mensal por trabalhador de saúde ativo variou de R\$ 414,74 a R\$ 2.244,04. Os Estados que apresentaram os menores gastos em relação ao conjunto do País foram o da Paraíba (R\$ 414,74) e do Piauí (R\$ 439,40) e os maiores gastos foram encontrados no Distrito Federal (R\$ 2.244,04) e Amapá (R\$ 2.207,99) (Tabela 5).

Observa-se que as SES aplicam um volume importante de recursos com trabalhadores de saúde, seja quando se considera o valor absoluto anual, mais de 5,3 bilhões, seja quando se considera os gastos com ativos por habitante: 26,6 reais/hab/ano. Esses dados são significativos quando relacionados com as despesas com saúde apuradas pelo SIOPS⁸. Pelas informações levantadas no presente estudo, os gastos com

trabalhadores de saúde ativos representam 45,7% do total das despesas com saúde realizadas no ano de 2002. Se considerarmos os gastos totais com ativos e inativos este percentual representa 52,5% das despesas com saúde (Tabelas 6 e 7).

Quando são analisados os gastos com trabalhadores de saúde nas SES por distribuição regional, os Estados da Região Norte destacam-se, juntamente com o Distrito Federal, como aqueles que apresentam os maiores gastos por habitante/ano. Esses Estados são também aqueles que apresentam consideráveis despesas com saúde por habitante/ano de acordo com o SIOPS.

Vale ressaltar que dos 13 Estados que apresentam gastos com trabalhadores de saúde ativos por habitante/ano superior a média das SES de 26,6 reais/hab./ano, 11 deles também apresentam maiores despesas com saúde quando comparados com a média das despesas com saúde por habitante ano realizada pelas SES em 2002, de 58,22 reais/hab/ano. Pode-se concluir que nas SES que apresentam os maiores gastos com saúde, estes estão concentrados em despesas com remuneração de trabalhadores.

8 www.datasus.gov.br/cgi/siops

A relação de trabalhadores estaduais de saúde ativos por mil habitantes, considerando o total País, é de 2,28/1.000 hab.

Os Estados com maiores relações são Roraima, 11,67/1.000 hab e Distrito Federal, 10,49/1.000 hab. A que se considerar nesta relação que esses dois Estados apresentam situações em que não houve, nem há possibilidades de municipalização. Roraima até pouco tempo era um território e o Distrito Federal pela própria organização administrativa não comporta a descentralização de serviços.

Os de menores relações são Rio Grande do Sul, 0,72/1.000 hab. e Paraná, 0,74/1.000 hab, o que pode ser considerado um indicador de maior descentralização de ações e serviços para os municípios.

Dos Estados com maior número absoluto de trabalhadores de saúde ativos (SP, BA, RJ, e MG), Minas Gerais e Rio de Janeiro possuem relação ativos/1.000 hab abaixo da média do País, 1,32 e 1,83/1000 hab, respectivamente (Tabela 8).

Os dados referentes aos inativos ficaram prejudicados na medida em que nove Estados não conseguiram disponibilizar a informação. Os Estados com maior relação ativos/inativos foram Tocantins, 20,6, e Paraíba, 18,2; e os com menores foram Distrito Federal, 3,5; Rio de Janeiro, 3,6 e Santa Catarina 3,9 (Tabela 9).

A administração direta é responsável por 344.717 (86,6%) dos ativos e a indireta por 53.308 (13,4%).

A distribuição dos trabalhadores de saúde nas SES da administração indireta foi analisada em 14 Estados que enviaram informações. Os maiores contingentes de trabalhadores foram verificados nos Estados de São Paulo, 18.886 servidores; Minas Gerais, 13.888; Espírito Santo, 10.147; Pará, 3.249 e Paraíba, 2.535, provavelmente refletindo particularidades de alguns Estados quanto aos modelos administrativos de organização da gestão estadual.

O quantitativo de trabalhadores de saúde das Secretarias Estaduais tem peso importante em relação ao conjunto dos empregos público no País. A última Pesquisa Médica Sanitária - AMS/IBGE⁹, apontou 1.193.483 empregos públicos no setor saúde, sendo 306.042 vinculados ao nível estadual.

A AMS identifica cada emprego nas unidades de saúde, classificando-o de acordo com o tipo de gestor responsável pela gerência do serviço. É provável que muitos servidores vinculados às SES possam ter sido contabilizados como pertencentes aos municípios, tendo em vista o processo de municipalização ocorrido nos últimos anos.

A gestão dos recursos humanos está hegemonicamente sob coordenação direta das SES. Isto reforça a importância política da ação da gestão estadual no desenvolvimento de estratégias para a área.

Os trabalhadores de saúde vinculados à administração direta também foram analisados quanto ao nível de formação (Tabela 10). Os profissionais de nível superior representam 32,1% dos vínculos neste nível de administração, o nível médio, 39,8% e o elementar, 26,5%. Quando se analisa cada nível em particular algumas características são ressaltadas, principalmente para os níveis médio e elementar. Em alguns Estados os percentuais de vínculos do nível superior foram superiores a média do país, 32,1%. Foi o caso do Rio Grande do Sul, 47,0%; Tocantins, 44,0% e Mato Grosso, 41,4%. Em outros Estados o percentual foi bem abaixo: Roraima, 18,5%; Amazonas, 17,3% e Piauí, 14,4%. No caso do Piauí este percentual pode ser maior tendo em vista que para 4.249 vínculos as informações, quanto ao nível de formação, não foram disponibilizadas.

Nos Estados da Região Norte os percentuais de contratos no nível médio são maiores que a média nacional das SES, 39,8%, Roraima, 72,4%; Pará, 46,7% e Amapá, 49,7%.

O Acre informou 73,9% dos vínculos na administração direta no nível médio, não havendo nenhum contrato no nível elementar. De forma semelhante aos Estados da Região Norte, outros Estados também apresentaram altos percentuais de contratos no nível médio: Distrito Federal, 67,4%; Santa Catarina, 48,2%; Rio de Janeiro, 46,7% e Pernambuco, 48,3%.

Em relação ao nível elementar, alguns Estados da Região Norte têm baixos percentuais de contratos, destacando-se Amapá, 15,0% e Roraima, 9,1%, fato esse

também verificado na Região Centro-Oeste, Distrito Federal, 5,5% e Mato Grosso, 12,9% e na Região Sudeste, Rio de Janeiro, 15,7%. Em outros Estados o percentual de nível elementar foi bem superior à média do país (26,5%): Sergipe, 60,2%; Espírito Santo, 57,4% e Rondônia, 57,3% .

Desde a década de 80 vem se observando uma maior qualificação dos empregos no setor saúde com o crescimento em números absolutos e relativos dos empregos de nível superior e médio com redução do nível elementar. Os dados apresentados acima indicam que este processo não vem ocorrendo de forma homogênea em todas as SES. Em alguns Estados estas mudanças ainda se processam. Isso pode refletir dificuldades de contratação de profissionais de nível superior em função da localização dos Estados e configuração do mercado de trabalho local e regional, uma expansão mais recente dos empregos no nível estadual, ou ainda, reflexo da maior incorporação de contratos de nível elementar em momentos históricos específicos¹⁰, como no caso de alguns Estados da Região Nordeste. No entanto a análise deste fenômeno merece estudos adicionais considerando a complexidade

desta composição em cada Estado influenciada por processos históricos.

Outro fator a ser considerado no caso brasileiro diz respeito à necessidade do enfrentamento da realidade extremamente diferenciada entre a concentração dos profissionais de saúde com maior qualificação nos grandes centros urbanos e Estados do Sul e Sudeste e a dificuldade do enfrentamento de políticas de interiorização da força de trabalho em saúde.

Ao analisarmos as remunerações iniciais¹¹, separamos aquelas relativas aos profissionais médicos das de outros profissionais de nível superior considerando ser, tradicionalmente, a categoria chave na organização do trabalho em saúde. Também foram separados os grupos dos trabalhadores de nível médio e elementar.

A menor remuneração inicial de médico encontrada foi de R\$ 240,00 e a maior de R\$ 2.400,00. A variação entre a menor e maior remuneração do profissional médico é de dez vezes e a remuneração média de R\$ 1.251,99 (Tabela 11).

Para outros profissionais de nível superior a menor remuneração inicial foi de R\$ 240,00 e a maior de R\$ 2.168,75. A variação entre a menor e a maior remuneração é de nove vezes e a remuneração média é de R\$ 1.104,95.

Para os profissionais de nível médio a menor remuneração inicial foi de R\$ 240,00 e a maior de R\$ 821,00, o que representa uma variação de 3,4 vezes. A remuneração média foi de R\$ 458,30. Para o nível elementar a maior remuneração é de R\$ 715,00 e a menor de R\$ 190,00, com variação de 3,7 vezes, sendo a remuneração média de R\$ 348,16.

Este componente foi um dos mais difíceis de ser apurado, o que ocorre tradicionalmente em muitas pesquisas de recursos humanos pelas dificuldades de uma padronização mínima dos valores de remuneração praticados em cada órgão contratante. As diferenças encontradas entre o maior e menor valor de remuneração dos médicos e outros profissionais de nível superior foram altas, merecendo estudos mais aprofundados.

Por outro lado, é possível que nessas categorias as diferenças entre menores e maiores remunerações sejam explicadas pela implementação de algumas modalidades de gratificações/incentivos, como recursos para atrair e fixar estes profissionais, levando as SES a ofertarem remunerações maiores que a média nacional, verificado em alguns Estados das Regiões Norte e Nordeste.

Nas modalidades de contrato na administração direta predomina o Regime Jurídico Único (RJU), com 262.669 trabalhadores de saúde ativos, 76,2% do total; seguido da contratação por tempo determinado, 29.748 (8,6% dos vínculos); CLT, 18.279 (5,3%) e cargos em comissão, 14.656, 4,2% (Tabelas 12 e 12 a).

11 Como remuneração inicial considerou-se, quando informados, o salário base e as vantagens comuns aos servidores por categoria analisada.

A contratação por meio de cooperativas é uma modalidade de vinculação com pouca importância na administração direta, 1,20% do total dos contratos informados (4.171). 15.194 vínculos deixaram de ser informados e, portanto não puderam ser classificados.

Em que pese a ausência de informação para 15.194 vínculos, há que se considerar que a maioria absoluta encontra-se vinculada ao RJU e que mesmo admitindo-se que a soma dos não informados com os cooperados chegue a 19.365 vínculos, estes representariam apenas 5,6% do total.

Na análise dos tipos de vínculos segundo o nível de formação, verifica-se que os cargos comissionados estão, predominantemente, distribuídos entre os profissionais de nível superior (41,7%) e médio (38,57%). No Regime Jurídico Único os contratos estão concentrados entre os profissionais de nível superior (33,4%) e médio (39,7%) (Tabelas 12b, 12c e 12d). As tarefas de gerenciamento e coordenação ficam sob a responsabilidade dos quadros com maior qualificação.

As cooperativas estão presentes como forma de contratação significativa, em dois Estados: Roraima, com 70,8% e Ceará, com 11,0%. Goiás e Tocantins têm grande parte de seus vínculos concentrados em cargos comissionados, 25,0% e 39,6% respectivamente. Estes percentuais, talvez, possam ser explicados uma vez que o Estado de Goiás funcionava sob o regime de autarquias até 1987, não tendo conseguido, ainda, reverter este quadro e Tocantins por ser um Estado de constituição recente.

Alguns Estados na administração direta têm nos contratos por tempo determinado mais de 20% dos seus vínculos. São eles: Pará, 41,9%; Piauí, 37,0%; Paraíba, 25,9%; Roraima, 25,7%; Alagoas, 21,5% e Rio de Janeiro, 20,8%.

Na administração indireta, onde existem 53.308 contratados, as Fundações concentram 47,4% do total desses contratos (25.290 servidores) e as autarquias 37,8% (20.110 servidores) (Tabela 13 e Gráfico 14). Os Estados com maior número de servidores contratados por Fundações são Minas Gerais, com 54,91%, Espírito Santo, com 28,1% e Pará com 12,8% de todos os contratados nesta modalidade. É importante ressaltar que do total de contratados pelas Fundações nestes três Estados, 24.250 trabalhadores de saúde, 62,5% (15.159) são concursados (RJU).

Na administração indireta o Estado de São Paulo concentra quase 100% dos contratos vinculados às autarquias. Os contratos terceirizados por meio de empresas representam 8,0% do total (Tabela 13).

O CONASS realizou em parceria com o Ministério da Saúde e OPAS, em 1997, levantamento dos vínculos e incentivos na área de RH das SES. A abrangência desse levantamento foi nacional com um nível de resposta bem inferior ao presente estudo. Em algumas regiões, como a Norte e Sudeste, o nível de resposta foi de 57% e 50% respectivamente.

Para algumas modalidades de contratação, como contratos por tempo

determinado, cooperativa e CLT, as respostas foram ainda mais reduzidas, 50%, 4,5% e 27,3% respectivamente. Isto inviabiliza a comparação dos dados com o estudo atual já que o índice de resposta foi muito reduzido e poderia levar a comparações sem fundamento.

3.5. Organização, estrutura e ações da área de recursos humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

Identificação do Dirigente Estadual de Recursos Humanos

Foram considerados, para efeitos do estudo, dirigentes estaduais de recursos humanos os representantes das Secretarias de Estado na CTRH e responsáveis pelas áreas de RH das Secretarias Estaduais. A coleta de dados ocorreu quando a maioria das mudanças de dirigentes da área de recursos humanos já havia sido concluída e estendeu-se até setembro de 2003.

O percentual de renovação dos dirigentes estaduais de recursos humanos foi de 66,7%, no período de janeiro a junho de 2003. Seis (22,2%) permaneceram nos cargos e três Estados (11,1%) não informaram. Fica evidenciado que houve forte renovação de quadros nos Estados.

Os responsáveis pela área de recursos humanos nas SES são, na sua maioria, do gênero feminino, 70,4% (Gráfico 16).

Quanto à faixa etária, 62,9% encontra-se entre 41 a 60 anos, sendo que 58,8% destes estão entre 41 a 50 anos; 25,9% estão na faixa de 31 a 40 anos; verificamos a ocorrência de um com mais de 60 anos; dois Estados não informaram (Gráfico 17).

A maioria dos dirigentes estaduais de recursos humanos tem nível superior de formação, 96,3%. Apenas um gestor possui nível médio.

Os dados relativos às diversas áreas de formação apontam para a concentração de dirigentes de RH com graduação na área de ciências humanas e sociais, como administração de empresas, direito, serviço social e pedagogia, seguidas da área de ciências da saúde e biológicas, como medicina, biologia, farmácia bioquímica e psicologia (Gráfico 18).

Dos 27 dirigentes estaduais de recursos humanos, 19 possuem especialização nas áreas de gestão, saúde pública e planejamento, sete deles especificamente na área de políticas de recursos humanos para gestão do SUS, dois possuem título de mestrado e um tem doutorado. Seis não identificaram a área de sua especialização.

Em relação ao tipo de vínculo que o dirigente de recursos humanos mantém com a Secretaria do Estado, observa-se que 15 possuem vínculo estatutário (14 estaduais e um Federal), destes, dez estão ocupando cargos comissionados e três função gratificada. Dos 12 restantes, um é contratado pela CLT e 11 são vinculados, unicamente, por cargos comissionados.

Ao analisarmos o tempo de trabalho destes dirigentes nas Secretarias verificamos que 14 (51,8%) do total estão trabalhando na instituição há mais de dez anos (Gráfico 19).

No que tange ao tempo na área é significativo que 19 dirigentes, 70,4%, possuam experiência em gestão de recursos humanos há mais de seis anos, sendo que destes, 11 estão na área há mais de dez anos (Gráfico 20).

Há grande diversidade de denominação dos cargos nas estruturas das SES o que dificulta a identificação do cargo do dirigente de recursos humanos e sua vinculação na hierarquia. Foram identificados os seguintes cargos: um cargo de assessor técnico; um de assistente técnico; dois chefes de divisão; três coordenadores; 11 diretores; um gerente de RH; um subsecretário; três superintendentes e dois supervisores de RH (Quadro 3).

Os dirigentes estaduais de RH apresentam maior experiência nas áreas de gestão, desenvolvimento e planejamento de recursos humanos e um menor conhecimento nas áreas administrativa e financeira; assistência e benefícios e normatização.

Características organizacionais da área de recursos humanos das SES

Consideramos para fins de análise três níveis de hierarquia na estrutura central de recursos humanos das secretarias:

- 1.º nível - integrante do gabinete do Secretário;
- 2.º nível - subordinação direta ao gabinete do Secretário;
- 3.º nível - hierarquicamente subordinado a outro órgão da Secretaria - nível intermediário.

No 1.º nível foram encontrados três estruturas de RH, 11,1%; no 2.º nível, sete estruturas, 25,9%, e no 3.º nível da hierarquia, ou seja, subordinadas à gestão administrativa, financeira e patrimonial, 14 estruturas, 51,8%, sem acesso ao gabinete do Secretário de Estado. Três Secretarias não conseguiram identificar o nível hierárquico da área (Quadro 4).

Das 27 estruturas analisadas, 13, 48,1%, possuem na sua estrutura organizacional áreas de administração e desenvolvimento de pessoas vinculadas. Em dez secretarias, 37,0%, estas áreas não estão vinculadas e possuem níveis de hierarquia distintos.

A área de recursos humanos, em geral, mantém colaboração com os demais setores das Secretarias tanto das áreas técnicas quanto administrativas, centralizadas ou descentralizadas. Na relação interinstitucional, são maiores as relações com os órgãos de pessoal das Secretarias de Administração dos Estados e na área de desenvolvimento com as escolas técnicas, universidades e fundações de ensino.

O número de trabalhadores é diversificado de acordo com o padrão da estrutura e o tamanho da área. Cinco Estados deixaram de prestar informações sobre o

quantitativo de trabalhadores da área de RH, o que dificultou a análise. Nos Estados que informaram, levantamos um total de 1.264 trabalhadores diretamente ligados à área, sendo 470 de nível superior - destes 254 possuem pós-graduação; 412 de nível médio e 106 de nível elementar. 276 trabalhadores da área não tiveram seu nível de formação informado (Gráfico 21).

Ao compararmos o grau de experiência do dirigente estadual de recursos humanos e as principais atribuições do órgão que dirige identificamos maior experiência nas áreas de gestão (20) e desenvolvimento (18). Entretanto, ao serem questionados sobre as principais atribuições do órgão 15, destacam as atividades de administração de pessoas (recrutamento, lotação, transferências, enquadramento, etc.).

Na análise da estrutura física, constatou-se a presença de instalações físicas para a área técnica de RH em 17 SES, todas com recursos de informática e, em 11 delas, acesso à Internet. Os centros de treinamento foram identificados em 12 áreas de RH e os recursos para ensino a distância em cinco. Os recursos didáticos (TVs, Vídeos, Datashow, retroprojetores) existiam em 13 e os sistemas de informação de RH em nove.

A pesquisa buscou informações sobre recursos financeiros próprios para ações de desenvolvimento e formação de RH no órgão. Apenas seis SES informaram a existência de recursos para esta área e estes variaram entre 10 mil reais (Roraima) até 76 milhões (São Paulo) ao ano. O percentual dos recursos em relação ao orçamento geral das SES situou-se entre menos de 1% até 2%. Os principais ordenadores de despesas foram os diretores financeiros e chefes de gabinete. Em duas SES este ordenador foi o próprio gestor estadual.

Processo de planejamento e gestão

1. Principais problemas de RH

Foram identificadas três grandes áreas dentro das quais foram classificadas as diversas respostas: a) as questões referentes à estrutura da SES - recursos humanos, financeiros e capacidade institucional para enfrentar os desafios do setor; b) os problemas referentes às ações de desenvolvimento e capacitação de RH e os c) problemas referentes à gestão de pessoas. Nesta distribuição as questões referentes à estrutura da SES assumem relevância frente aos demais problemas: 44,5% destes foram identificados neste campo, 38,0% no campo da gestão de pessoas e 17,5% no campo do desenvolvimento.

Em relação às questões estruturais, quase 50% dos problemas identificados se referem à carência de recursos financeiros e carência ou qualificação de pessoal, tanto em termos gerais, para o conjunto do sistema, como para a área específica de recursos humanos. Outro conjunto de questões importantes diz respeito à estrutura organizacional precária da área de recursos humanos, tanto em termos de posicionamento hierárquico na

estrutura da SES - "situação hierárquica ruim", "hierarquia rígida", gerando afastamento do setor do núcleo decisório - "RH à margem, falta de autonomia, função de D.P.", como em termos de instrumentos e processos operacionais precários - falta de instrumentos, comunicação insuficiente, e, principalmente, ausência de um sistema de informação adequado (Quadros 5 e 6 e Gráfico 22).

Na área de desenvolvimento e capacitação de RH, o principal problema, (além da já referida falta de recursos), se refere à ausência de uma política, de planejamento e programação, 33,3%. Identifica-se também fragmentação das atividades, 20,8%, indefinição de fluxos de capacitação e mais uma vez o problema de inserção da área de recursos humanos na coordenação deste processo, ou pela falta de envolvimento das gerências de outros setores com a questão, 20,8%, ou pela falta de envolvimento da área de recursos humanos na elaboração das ações 20,8%.

Na área de gestão de pessoas, o principal problema identificado é a ausência de um PCCS, associada à indefinição de uma política para o campo e ausência de ações de planejamento e programação. Isso leva a uma situação de remuneração insuficiente, diversidade de contratos e precarização nas relações de trabalho. Reaparece aqui, mais uma vez, o problema de falta de envolvimento das gerências, falta de autonomia, burocracia e rigidez administrativa, ausência de normas e fluxos, ausência de concursos, gerando rotatividade e desmotivação.

Comparando os problemas identificados pelos gestores estaduais com aqueles problemas identificados pelos dirigentes estaduais de recursos humanos das SES, pode-se constatar uma certa variação. Os gestores estaduais tendem a apontar como principais problemas àqueles relacionados a uma política de recursos humanos insatisfatória - carência de pessoal, insatisfação com o PCCS, baixos salários, contratos temporários, dificuldade de fixação de profissionais, assim como falta de qualificação dos profissionais (Gráfico 11). Os dirigentes estaduais de recursos humanos das Secretarias Estaduais apontam estas mesmas questões, mas chama a atenção a intensidade das questões relativas a problemas de estruturação da área, que passam não só pela carência de recursos financeiros, mas também pela falta de articulação da área com os demais setores da secretaria, bem como pela ausência de políticas de desenvolvimento e gestão do trabalho. Ainda que se esperasse um maior destaque de problemas desta natureza, dada a inserção dos diferentes níveis de gestão, a intensidade com que isto se manifesta no estudo indica a necessidade de um maior investimento da alta gestão da SES na estruturação do setor.

2. Principais fontes de informação

Chama a atenção em relação às fontes de informação para o gerenciamento que o principal instrumento seja o Diário Oficial, 92,6%, que, a rigor, deveria ser um instrumento de comunicação e publicização de decisões já tomadas e não um orientador

da gestão, que a princípio deveria ser propositiva e não reativa. A utilização da internet, por sua vez, deveria ser melhor qualificada no sentido de se perceber se é um instrumento de busca de informação ou apenas um meio de transmissão de dados formais. Além disso, sete Estados (25,9%) não utilizam o sistema de informação de RH estadual como fonte de informação, 13 Estados referem a utilização de revistas especializadas e três do Sistema de Informação e Administração de Pessoal (SIAPE) (Quadro 7).

3. Processo de Planejamento

Mais de 50% dos Estados não desenvolvem processos de planejamento na área de RH. Mesmo naqueles Estados onde este processo se realiza, a sua formalização é pequena, 25,9%, reforçada pelo baixo índice de respostas nas questões relativas a métodos, 18,5%, e instrumentos utilizados, 14,8% (Quadro 8).

Esta baixa capacidade de planejamento é coerente com o posicionamento da área de RH dentro da SES, com seu espaço de articulação política e com a baixa autonomia, relativa à gestão de recursos humanos, bem como com o precário sistema de informação de RH existente.

Gestão do Trabalho

1. Existência e características dos PCCS

Apenas dez Estados, 37,0%, têm propostas de PCCS específicos da área de saúde construídos (separados dos planos de cargos, carreiras e salários do conjunto dos servidores estaduais). Destes, um foi considerado inconstitucional e foi cancelado em 1997, e um foi recentemente encaminhado à Assembléia para aprovação.

Portanto, oito Estados, 29,6%, contam com PCCS implantados. Destes, seis abarcam todas as categorias (incluindo os dois Planos não ativos) e quatro excluem as categorias gerencias ou de área meio (Quadro 9).

Dos planos vigentes, cinco são posteriores a 2000, e três são anteriores a 1994, havendo portanto um grande intervalo na elaboração de planos de 1994 a 2000.

Destes planos já existem cinco propostas de revisão, três destinadas à revisão do conjunto e duas dirigidas à incorporação dos profissionais de área meio. Está em andamento, também, a revisão do plano que foi considerado inconstitucional.

Dos 17 Estados que não tem PCCS específicos da área de saúde, dez estão com propostas em discussão e em diferentes níveis de elaboração. O que pode indicar uma preocupação crescente com a questão do PCCS neste momento (Quadro 10).

2. Políticas de Incentivos

Das 27 Secretarias Estaduais analisadas, 16, 59,2%, referem-se ao desenvolvimento de políticas de incentivos, das quais, 11 aplicam incentivos financeiros e

12 Recursos Fundes: aqueles transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde

cinco desenvolvem incentivos financeiros e funcionais; 12 Secretarias, 75,0% das 16, oferecem estes incentivos ao conjunto das categorias profissionais, enquanto duas os distribuem em função de tarefas ou critérios específicos e duas excluem o pessoal administrativo (Quadro 11).

Em relação à fonte de financiamento, dos Estados que desenvolvem planos de incentivo, dois não informaram, nove (64,2%) utilizam exclusivamente recursos do Tesouro, dois (14,2%) mesclam recursos do tesouro e recursos Fundes¹² e três (21,4%) utilizam apenas recursos Fundes na distribuição dos incentivos.

Os incentivos por sua vez parecem ser os únicos instrumentos alternativos de gestão do trabalho utilizados pelos Estados, na medida em que apenas três informaram a aplicação de outros instrumentos.

3. Avaliação de Desempenho

Outro aspecto que revela uma estrutura de gestão de pessoas ainda incipiente, diz respeito a existência ou não de sistemas de avaliação de desempenho. Apenas 1/3 dos Estados mencionam contar com sistemas de avaliação de desempenho dos servidores, dos quais um ainda está em fase de regulamentação e um é dirigido apenas a funcionários terceirizados. Destes Estados, apenas 50% contam com a totalidade dos profissionais treinados para a aplicação dos instrumentos de avaliação (Quadro 12).

A baixa ocorrência de processos de avaliação de desempenho revela um sistema de gestão de pessoas limitado quanto à sua capacidade de promover e reconhecer profissionais dedicados, bem como de identificar aqueles com pior desempenho e desenvolver mecanismos de recuperação e readequação ou mesmo dispensa.

Componentes de Desenvolvimento e Formação de Recursos Humanos

As atividades de desenvolvimento e formação são implementadas por 80,7% das SES. Destas, 85,7% coordenam e executam ações de desenvolvimento de recursos humanos, sendo que sete Estados afirmam também serem responsáveis por ações de formação de RH. Em três Estados, 11,5%, as responsabilidades se restringem às áreas administrativas e operacionais.

Outros órgãos das SES também são responsáveis por ações de desenvolvimento, sendo as mais citadas as áreas de atenção básica, vigilância epidemiológica e DST/AIDS. Vários Estados fizeram referências ao Centro Formador e/ou Escola de Saúde Pública ou a um Pólo de Capacitação como os únicos órgãos responsáveis por essas ações nas SES.

Apenas dois Estados não possuem outros órgãos desenvolvendo ações de desenvolvimento de RH.

Analisada a existência de instâncias integradas para planejamento e coordenação de ações na área de desenvolvimento, três SES informaram que as unidades de planejamento da SES e a Secretaria de Administração do Estado cumpriam com estas funções e em dez Estados estas instâncias não existiam. Os demais têm essas ações integradas às áreas técnicas e às Coordenadorias de Políticas de Saúde e Administrativo-Financeiras.

Quanto às áreas prioritárias no primeiro ano de gestão para as ações de desenvolvimento uma gama de opções foi relacionada, compreendendo desde as áreas de apoio até atividades de pós-graduação. Neste item deixaram de responder 22,2% e para 11,1% as prioridades não estão estabelecidas ou acontecem de acordo com a demanda. Os cursos de pós-graduação e os cursos técnicos aparecem como prioridade para 11,1% das SES.

Entre as áreas priorizadas, as relativas às atividades meio estão entre as mais citadas: gestão/gerência em 33,3% e as atividades de planejamento, administrativas e de informática em 18,5%. Nas atividades fim, a área de atenção básica foi referenciada por 22,2% dos Estados, seguida de vigilância em saúde e controle de doenças e assistência à saúde, que ocupam a mesma posição entre as prioridades representando 14,8% das citações. Importante observar que 11,1% das SES citam entre suas prioridades às questões relativas a cursos para servidores, incluindo aqueles de recepção aos novos trabalhadores, bem como de relações humanas e humanização do atendimento. Chama atenção também o fato de que 14,8% das SES estejam desenvolvendo apenas ações de assessoria e financiamento de eventos.

As ações de desenvolvimento encontram um importante espaço na agenda de RH, seja na explicitação de prioridades, seja na coordenação e implementação de programas. Percebe-se, no entanto, que este processo ainda é compartilhado internamente com outras áreas, particularmente com a atenção à saúde, vigilância e programas. Parece haver também no nível estadual práticas fragmentadas na execução de ações de desenvolvimento de RH. O processo de programação de ações de desenvolvimento não é realizado de forma coordenada na maioria das SES. Este é um problema de base que, associado à agenda de atividades demandadas pelo nível federal, acentua a problemática da fragmentação e/ou dispersão de esforços. É interessante registrar a priorização de atividades voltadas para a melhoria da gestão, gerência e planejamento da administração. Ou seja, se há dificuldades no desenvolvimento de forma coordenada e planejada das atividades de desenvolvimento, ao mesmo tempo há uma percepção por parte dos gestores de RH da necessidade de se enfrentar esta fragilidade melhorando o processo de trabalho.

Há uma certa dissociação entre as prioridades estabelecidas e as ações em curso. No entanto, não foi possível identificar que fatores estariam contribuindo para isto.

Algumas hipóteses poderiam ser levantadas: a) repartição das funções de programação e execução com outras áreas da SES; b) ausência de recursos próprios para a implementação das prioridades; c) programação de atividades resultado de linhas de financiamento com fontes externas as SES; d) dificuldades operacionais da área de RH na implementação das atividades.

Uma grande variedade de instituições mantém com as SES parcerias visando ações de formação, particularmente os Pólos de Capacitação, Universidades, Ministério da Saúde, Funasa, Fiocruz, Escolas/Centros de Formação e outras áreas de governo estadual, como por exemplo, as Secretarias de Ciência e Tecnologia.

Como principais programas implementados na área de formação: Profae, Proformar, Promed, PITS e Capacitação de Conselheiros. A variedade de instituições parece refletir as condições de articulação de cada SES. Percebe-se ainda uma importante influência dos programas federais de formação, iniciativas que geralmente detêm linhas de financiamento para as SES e secretarias municipais de saúde.

Outras atividades de formação foram relacionadas: programas de pós-graduação estavam presentes em 16 SES, (59,2%); os programas de residência médica e de integração ensino serviço em 12 e 11 SES respectivamente. As SES informaram a existência de 5.380 bolsas de residência médica, 38 de residência multiprofissional, 12 de saúde da família e 28 de residência de enfermagem. Em 08 SES foram citados outros programas de extensão e em 4 processos de mudanças curriculares nas graduações.

As SES estão desempenhando um papel importante no desenvolvimento de atividades de formação associando iniciativas de qualificação técnica com aquelas voltadas para a integração ensino-serviço.

Apesar de simbólico, a presença de alguns processos voltados para mudanças curriculares sinalizam para a abertura dessa agenda na pauta de RH das SES. A ação das SES neste campo pode contribuir para acelerar o processo de mudança no perfil de formação dos profissionais de saúde. A articulação com os Pólos representa uma base material para uma ação cooperada entre os gestores e as instituições responsáveis nesta direção. Certamente das SES será exigido um papel diferenciado como articuladora e impulsionadora de iniciativas voltadas para a melhoria da qualidade e do perfil dos recursos humanos em saúde nos sistemas estaduais.

Gestão dos recursos humanos

O estudo buscou analisar que recursos humanos as Secretarias Estaduais de Saúde gerenciam e para quais realizam ações de desenvolvimento. Tanto nas gerência quanto nas ações de desenvolvimento, 55% delas informaram desenvolver atividades predominando a lógica dos "recursos humanos do SUS". Em 33% as atividades são voltadas somente para os recursos humanos das SES. Uma secretaria informou não

gerenciar e não realizar ações de desenvolvimento de RH e duas não informaram.

O processo de municipalização, estadualização e/ou federalização dos trabalhadores das SES não foi informado por 1/4 das SES e, em 70,3%, os convênios foram as formas mais mencionadas. Também foram referidos termos de cessão de pessoal, decretos, portarias, resoluções das SES e das CIB, instruções normativas e o estatuto do servidor.

4. Considerações Gerais

O presente estudo nos aponta um perfil altamente qualificado de Gestores Estaduais do SUS, bem como dirigentes de RH em sua grande maioria profissionais experientes com formação e pós-graduação na área de gestão e recursos humanos. Outra característica comum foi a experiência gerencial na área pública. Enquanto os Gestores Estaduais do SUS são, em sua maioria absoluta, do gênero masculino, os Dirigentes de recursos humanos são do feminino. Em ambos os casos, verifica-se a concentração de gestores (as) com idade superior a 40 anos.

Houve significativa renovação dos dirigentes estaduais de RH, acima de 65%, enquanto a presença do profissional médico é marcante entre os Secretários de Estado de Saúde, entre os dirigentes de RH destacam-se as profissões das áreas de ciências humanas e sociais.

No campo da identificação dos problemas, os Secretários de Estado falam em situação problemática e desestruturada com a maioria dos problemas no campo da gestão. Os dirigentes de RH relatam preocupação acentuada com as estruturas das SES e as estruturas específicas de RH na sua conformação e hierarquia com maior ou menor proximidade do eixo decisório. Os dados evidenciam a distância entre a intenção e o gesto e entre o discurso e a prática. Há uma infinidade de dimensões de estruturas dos órgãos de RH e linhas de subordinação, sendo comum o distanciamento hierárquico entre o eixo decisório e o órgão. Agrega-se, ainda, a falta de acesso à informação e tecnologia da informação em dez das 27 estruturas de RH nos Estados bem como o precário sistema de informação em RH em 18 SES.

Se ao aspecto acima analisado podemos, por um lado, atribuir uma leitura preocupante e negativa, por outro a autonomia narrada entre as estruturas de RH das SES e as Secretarias de Administração é um achado novo que poderá facilitar o encaminhamento de soluções novas que busquem dar maior capilaridade a área de RH e maior participação no processo gerencial global das SES, entendendo que esta atividade meio é estratégica para o desenho de políticas de saúde e sua implantação.

Na gestão do trabalho, muito embora dez Estados tenham relatado a existência de PCCS específico da área de saúde formalmente construídos, somente cinco são posteriores ao ano 2000, sendo evidente a situação de fragilidade desta área de gestão das carreiras nas SES. Esta é outra área que demanda maior acompanhamento e assessoria para seu enfrentamento pelos Estados.

Com o redesenho do papel das SES nos sistemas estaduais de saúde e sua fundamental atuação de coordenação da política estadual de saúde, outra carência

relatada pelos dirigentes de RH há que ser enfrentada. Trata-se do planejamento em RH, em grande parte dependente de um bom sistema de informação e das ações de desenvolvimento para o sistema como um todo, incluindo aí demandas de municípios cujos desempenhos carecem de apoio das políticas estaduais. Os dados obtidos dão conta de grande número de Estados que só atuam na área de desenvolvimento para os trabalhadores da própria SES, sem atividades de apoio aos municípios.

O avanço na construção do SUS colocou em evidência a problemática da formação e gestão de RH. Uma das preocupações revelada no depoimento dos Secretários nesta pesquisa é quanto à contratação de pessoal. Nas últimas décadas, o mercado de trabalho no Brasil passou por importantes mudanças com aumento do desemprego, flexibilização de vínculos, precarização e piora das condições de trabalho (Pochmann, 2003).

Pela relevância que os recursos humanos assumem na garantia de uma atenção a saúde de qualidade, vem crescendo o interesse por estudos em torno das mudanças que ocorrem no mercado de trabalho do setor saúde.

Inexistem informações mais completas e abrangentes sobre as características de contratação de pessoal da saúde nas três esferas de governo, mesmo considerando a forte expansão de postos de trabalho nos últimos anos, particularmente no nível municipal. Daí a importância dos Secretários Estaduais iniciarem suas gestões com propostas formuladas para a área em suas secretarias, em particular na área de administração e desenvolvimento de recursos humanos.

Os dados sobre modalidades de contratação expostos no estudo são uma contribuição inicial para uma melhor compreensão desta realidade no âmbito das gestões estaduais.

Os números apresentados demonstram que, nas SES, as modalidades de vínculos passíveis de serem classificadas como flexíveis ou precárias (aquelas onde os direitos sociais e trabalhistas não são atendidos integralmente – contratos por tempo determinado e cooperativas) não são as formas hegemônicas de vínculos.

Os dados revelam que, na modalidade contrato por tempo determinado, temos 7,5% do total de contratos nas SES em todo o País. Se a estes acrescentarmos os contratos por meio de cooperativas, temos 8,5% do total.

Em relação às cooperativas e contratos terceirizados por empresas não é possível afirmar se os vínculos atendem aos requisitos relacionados aos direitos trabalhistas. Se formos considerar que todos são precários – contratos por tempo determinado, cooperativas e contratos terceirizados por empresas – esse percentual sobe para 9,6%.

É importante esclarecer que não foram incluídos os contratos por meio de Fundações, considerando que 62,5% destes são empregos estatutários.

Desta forma, podemos afirmar que a forma dominante de contratos nas SES é estável e atende os requisitos da legislação trabalhista e os direitos dos trabalhadores.

13 Políticas de recursos humanos para o SUS: balanço e perspectivas - ministério da saúde- 2002- pág. 12

As Secretarias Estaduais de Saúde aplicam um volume importante de recursos em pessoal, mais de R\$ 5,3 bilhões por ano, ou seja, R\$ 30,6 hab/ano, mais de duas vezes e meia o valor pago pelo Ministério da Saúde para as despesas com o Piso da Atenção Básica (PAB) em todo o País. Isto representa 52,5% das despesas com saúde realizadas pelo conjunto das secretarias no ano de 2002.

Outra conclusão importante é que as SES que apresentam os maiores gastos com saúde são justamente aquelas que tem contingente expressivo de trabalhadores de saúde, com remuneração média significativa.

A implementação das políticas de recursos humanos nas SES depende em grande parte da revisão de custos e procedimentos que garantam sua viabilização. A reorganização das funções administrativas da área, sua integração com a área de formação e capacitação para o trabalho e a implementação do sistema de informação são necessárias à gestão do trabalho e o planejamento do dirigente¹³.

Quanto às responsabilidades atribuídas ao dirigente estadual de RH são descritas:

- Elaborar, coordenar e executar a política estadual de recursos humanos para a saúde, consoante a esta política nacional;
- Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta política;
- Estimular a cooperação entre prefeituras e assessorar e apoiar organização de consórcios municipais de saúde destinados à formação, capacitação, regulação e gestão de recursos humanos para a saúde;
- Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados aos recursos humanos do setor saúde;
- Participar do financiamento das ações decorrentes desta política, destinando recursos para a formação e educação permanente de profissionais de saúde;
- Desenvolver ações de educação continuada e permanente, além de incentivos e/ou remuneração para o desenvolvimento profissional e do trabalho;
- Atuar no fomento à pesquisa, no desenvolvimento tecnológico e na manutenção das escolas técnicas.

Fica claro pelos dados disponíveis, que as atribuições acima serão mais ou menos executadas na medida da existência ou construção das condições objetivas para que os técnicos do setor possam avançar neste sentido.

Os dirigentes de RH hoje exercendo suas funções nas SES em sua grande maioria reúnem qualificação compatível para tal, os gestores estaduais do SUS são profissionais com perfil e experiência em gestão pública em nível de excelência. Neste sentido, o presente trabalho poderá, respeitadas as diferenças e realidades específicas, contribuir para as decisões futuras, em que pese o reconhecimento da necessidade de maiores explorações de dados e complementação de informações em cada um dos problemas identificados.

Para uma caracterização geral de cada unidade da federação objeto do estudo, encontra-se em anexo, perfil sócio-econômico, demográfico, epidemiológico e de empregos em saúde de fontes secundárias.

5. Referências Bibliográficas

BALTAR, P & DEDECA, C. (1997). Mercado de Trabalho no Brasil. O aumento da Informalidade nos anos 90. Campinas IE. Unicamp. mimeo.

BRAGA, Jr. David.(1998) Relações de Trabalho: Conflitos, Eficiência e Democracia. A Negociação como Instrumento de Gestão no SUS. Rev. Assoc. Saúde Pública Piauí, jul/dez, 1(2): 133-136.

BRASIL, Ministério da Saúde/FNS (1995). Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do DF – GERUS/MS. Negociação como Instrumento de Gerência de Serviços de Saúde, Brasília, FNS, p.187-203.

BRASIL, Ministério da Saúde (1999). Políticas de Recursos Humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. MS. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde (2001). Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.95, de 26 de janeiro de 2.001 e regulamentação complementar.

BRASIL, Ministério da Saúde /CNS (2002). Princípios e Diretrizes para a NOB-RHS em Saúde. 48 pp, mimeo.

BRASIL, IBGE (1992). Estatísticas de saúde: assistência médico sanitária, Departamento de Indicadores Sociais, DEISO, Rio de Janeiro, 248p.

BRASIL, IBGE (2002) Estatísticas de saúde: assistência médico sanitária, Departamento de População e Indicadores Sociais, DEPIS, Rio de Janeiro, 303p.

BRASIL, IBGE (2003). Síntese de Indicadores Sociais 2002, Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro:IBGE

CACCIAMALI, M.C (1997) Desgaste na legislação laboral e ajustamento do mercado de trabalho brasileiro, GEPP, FEA\USP, São Paulo, mimeo.

CARDOSO JR, J C & Fernandes, S. (2000).Terceirização das ocupações e Informalizações das relações de trabalho no Brasil. PNAD 1981 a 1998- Brasília. IPEA, mimeo.

CASTRO, JL.(1999) Gerência de pessoal nos serviços de saúde. In: Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde. Editora da UFRN, Natal, 1999.

CASTRO, JL & SANTANA, JP (org) (1998). Negociação Coletiva do Trabalho em Saúde. Brasília, OPS/OMS, UFRN/NESC.

CHERCHIGLIA, ML; GIRARDI, SN; VIEIRA, RC (1999). Remuneração e Produtividade: O Caso da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, 1992-95 (mimeo).

CHRISTÓFARO, MAC (2001). A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde. mimeo, 23 pp. (Disponível em <http://www.pessoalsus.inf.br/>)

COHN, A (1997). Notas sobre Estado, políticas e saúde. In: Gerschman, S. e Vianna, M.L.W.(orgs.) A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz,

CONASS (1997). Gestão de Recursos Humanos e a Qualidade dos Serviços de Saúde – Reforma Administrativa – Gestão Participativa nas Relações de Trabalho: Mesa de Negociação Coletiva – Modalidades de Contratação, Remuneração e Incentivos – Missão das Secretarias Estaduais de Saúde – Proposta de Ação Conjunta. 1996: Relatório Final. Brasília/DF

CONASS (1998). Cadernos Conass. Nº1. Os Estados na Construção do SUS. Coletânea das Oficinas de Trabalho do Conass. Período Março de 1995 a Março de 1996. Brasília/DF

CONASS (1998). Cadernos Conass. Nº2. Os Estados na Construção do SUS. Coletânea das Oficinas de Trabalho do Conass. Período: Março de 1996 a Março de 1997. Brasília/DF

CONASS (1998). Cadernos Conass. Nº3. Os Estados na Construção do SUS. Coletânea das Oficinas de Trabalho do Conass. Período: Março de 1997 a Março de 1998. Brasília/DF.

CONASS (1999). Cadernos Conass. Nº4. Os Estados na Construção do SUS. Coletânea das Oficinas de Trabalho do Conass. Período: Março de 1998 a Março de 1999. Brasília/DF.

CONASS (2001). Cadernos Conass. Nº5. Coletânea das Oficinas de Trabalho do Conass. Período: Agosto de 1999 a Outubro de 2000. Brasília/DF.

CONASS (2002). Cadernos Conass. Nº10. Oficinas de Trabalho de Integração das Câmaras Técnicas. Brasília/DF.

CONASEMS (1999) Relatório dos Seminários de Gestão de Recursos Humanos do CONASEMS/OPS. Realizado em Foz de Iguaçu/PR (01 e 02 de julho).

COSTA, NR (1998). O Banco Mundial e a Política Social nos anos 90: a agenda para a Reforma do Setor Saúde no Brasil. In: Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social. São Paulo, Hucitec.

COSEMS - RJ (1999) Manual do Gestor: construindo o SUS no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: COSEMS – RJ.

DEDECCA, CS; PRONI, MW; MORETTO, A. (2001) O trabalho no setor saúde: In: NEGRI, B; GIOVANNI, G. (Orgs). Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas. Unicamp/Instituto de Economia. pp.175-198

DELUIZ, N (1997). Mudanças no mundo do trabalho e necessidades de qualificação dos trabalhadores de saúde. Texto apresentado à Reunião de La Red Latinoamericana de técnicos en Salud. OPS/OMS – FIOCRUZ 3 a 5 de setembro de 1997.

DREIFUSS, RA (1996). A época das perplexidades: mundialização, globalização e planetarização: novos desafios. Rio de Janeiro, Editora Vozes.

ENAP, (2000). Perfil dos Dirigentes de Recursos Humanos em Saúde da Administração Pública Federal. Cadernos ENAP, Brasília, DF. 28pp

GIRARDI, SN. (1996). Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral: questões contemporâneas de recursos humanos no SUS. Divulgação em Saúde para Debate. Londrina, ago.

GIRARDI, SN. & LEITE, CL. (2002). Mercado de Trabalho e Regulação das Profissões de Saúde. In: NEGRI, B; FARIA, R; VIANA, ALA. (orgs) Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas, São Paulo. UNICAMP. Instituto de Economia. 221-56.

JUNQUEIRA, L P (1993). A gestão de Recursos humanos e a municipalização da saúde, In: Boletim informativo de RH para o SUS, Brasília, Ministério da Saúde, ano 2, v. III, n. 2, p. 12 – 13

KILSZTAJN, S & SILVA, DF (2001). Distribuição Regional dos Serviços de Saúde no Brasil. 22pp, mimeo. (Parte do Projeto de Pesquisa "Nutrição e Saúde Pública na América Latina e no Brasil").

LUCHESE, PTR (1996). Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde Retrospectiva 1990/1995. In: Planejamento e Políticas Públicas, N.14. Brasília, dezembro.

MACHADO, MH (coord) (1999). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro. Fiocruz.

MACHADO, MH (ORG) (1992). O mercado de trabalho em saúde: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ (Textos de apoio)

MACHADO, M.H (2002). Los Recursos Humanos y el Sistema de la Salud en Brasil. Gaceta Sanitaria. Espanha, pp 89-93

MARQUEZ, G (2001). Capacitación de la fuerza laboral en América Latina: Que debe hacerse? Primer Seminario Técnico de Consulta Regional sobre temas laborales. Panamá, 47 pp.

MÉDICI, AC & SILVA, PL (1995). Administração flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. In: Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde. MS/FNS/OPAS Brasília. pp. 267 –278.

MERHY, E (1994). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. de O (org.) Inventando a mudança na saúde. HUCITEC. São Paulo, p. 117 –160.

MOYSÉS, NMN et alii (1993). A Gestão de Recursos Humanos In: Gestão Hospitalar um desafio para o Hospital Brasileiro. Cooperação França Brasil. ENSP/EDITUR, França, p. 150-171.

NERI, M. C. "Mercado de trabalho nos anos 90: fatos estilizados e interpretações". Texto para discussão interna, n. 743. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.

NOGUEIRA, RP (1999) O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA J.P. e CASTRO, J.L. (orgs.) Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde. Natal, Editora da UFRN, Natal.

NOGUEIRA, RP (1999). Reforma do estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In: SANTANA, J.P. e CASTRO, J.L. (orgs.) Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde. Natal, Editora da UFRN, Natal.

NOGUEIRA, RP; SILVA, FB; RAMOS, ZVO (2000). A vinculação institucional de um trabalhador sui generis - O agente comunitário. Texto de apoio N.735, IPEA, junho de 2000, Rio de Janeiro, 33pp.

NOGUEIRA, RP (2002). Regulação dos vínculos Institucionais Externos. Brasília. set. 2pp, mimeo. (Resumo disponível em <http://www.pessoalsus.inf.br/>)

OCKÉ REIS, CO & AQUINO, LMC (1999). Financiamento Público de Recursos Humanos em Saúde. Série Estudos em Saúde Coletiva N.194, p.1-24 out, 1999, Rio de Janeiro.

OFFE, C (1989) Trabalho e sociedade – problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Volume 1 e 2 : A crise. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

OLIVEIRA, C.B. & MATTOSO, J.E.L. (orgs.). Crise e Trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado? São Paulo, Scritta, 1996.

PAHO/WHO (2001) Health Systems Performance Assessment and Improvement in the Region of the Americas. Washington, D.C.:PAHO/WHO.

PIRES, JM (2002). A Evolução nos diferenciais de Remuneração no Mercado de Trabalho Formal Brasileiro nos anos 90. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. 23p.

POCHMANN, M. (1999) O trabalho sob fogo cruzado. São Paulo: Contexto.

POCHAMANN, M (2003) O Balanço de duas décadas do emprego no Brasil. In: Formação/Ministério da saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – Brasília: Ministério da Saúde.

REZENDE, CAP (2000). Os "Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS", A Qualidade, O Acesso e a Humanização dos Serviços de Saúde. (Trabalho apresentado no PAINEL de Recursos Humanos da 11ª Conferência Nacional de Saúde, 16/12/2000 Brasília – DF), 20pp. (Disponível em <http://www.pessoalsus.inf.br/>).

SANTANA, JP (1994) A Gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta In: Perspectivas para a gestão do trabalho no sistema único de Saúde – OPS/ Representação do Brasil – Série Des. de Recursos Humanos No. 5 Brasília, 1994 – p.125-136

SOUZA, RR (2001) "A Regionalização no contexto atual da política de Saúde". In: "A política de Saúde no Brasil nos anos 90- Rev. Ciência e Saúde Coletiva". Abrasco.v.6. nº 2, p.451-455

VIANNA, ALD (1997) As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização In: Gerschman, S. e Vianna, M.L.W. (org.) A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

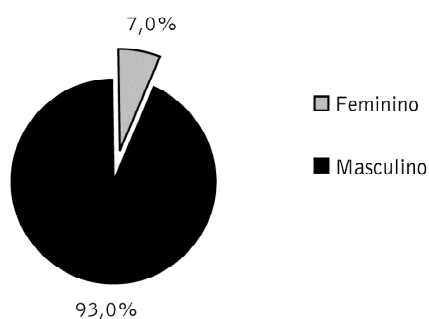
- 6.1.** Gráficos
- 6.2.** Tabelas
- 6.3.** Quadros
- 6.4.** Levantamento Documental Tabulado da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS, 1995 a 2002
- 6.5.** Portarias e Resoluções
- 6.6.** Instrumentos de coleta de dados

6. ANEXOS

6.1. Gráficos

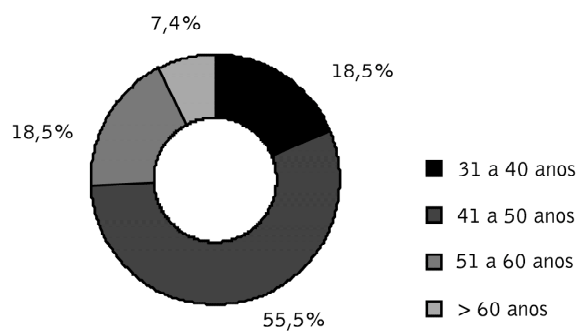
- Gráfico 1** – Gestores Estaduais por gênero
- Gráfico 2** – Gestores Estaduais por faixa etária
- Gráfico 3** – Gestores Estaduais por nível de formação
- Gráfico 4** – Gestores Estaduais por área de formação
- Gráfico 5** – Gestores estaduais por área de pós - graduação
- Gráfico 6** – Gestores Estaduais por especialidades de formação
- Gráfico 7** – Gestores Estaduais por experiência de gestão
- Gráfico 8** – Gestores estaduais por área de atuação anterior
- Gráfico 9** – A área de recursos humanos na visão dos Gestores estaduais no início da gestão
- Gráfico 10** – Áreas problemáticas apontadas pelos Gestores Estaduais
- Gráfico 11** – Principais problemas apontados pelos Gestores Estaduais
- Gráfico 12** – Formulação de propostas para a área de recursos humanos pelos Gestores Estaduais
- Gráfico 13** – Áreas das propostas formulada pelos Gestores estaduais
- Gráfico 14** – Vinculação da área de recursos humanos
- Gráfico 15** – Percentual de trabalhadores de saúde na administração indireta, segundo natureza jurídica
- Gráfico 16** - Dirigentes estaduais de recursos humanos segundo gênero
- Gráfico 17** – Dirigentes estaduais de recursos humanos segundo faixa etária
- Gráfico 18** – Área de formação dos Dirigentes estaduais de recursos humanos
- Gráfico 19** – Tempo do Dirigente estadual de recursos humanos na Secretaria de Saúde
- Gráfico 20** – Tempo do Dirigente estadual na área de recursos humanos
- Gráfico 21** – Número de trabalhadores da área de recursos humanos, segundo nível de formação
- Gráfico 22** – Percentual dos problemas apontados pelos dirigentes de recursos humanos, segundo áreas.

GRÁFICO 1 - Gestores Estaduais por gênero



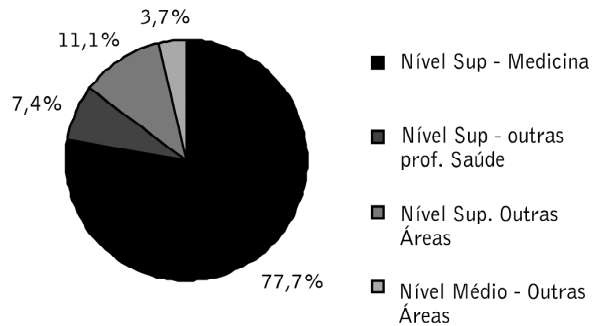
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 2 - Gestores Estaduais por faixa etária



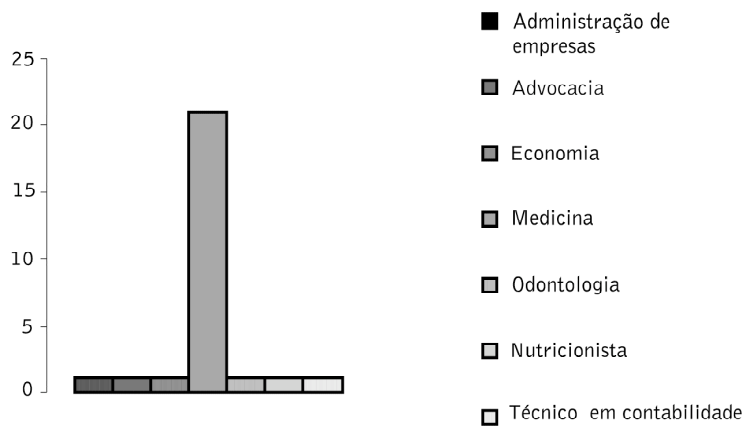
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 3 - Gestores Estaduais por nível de formação



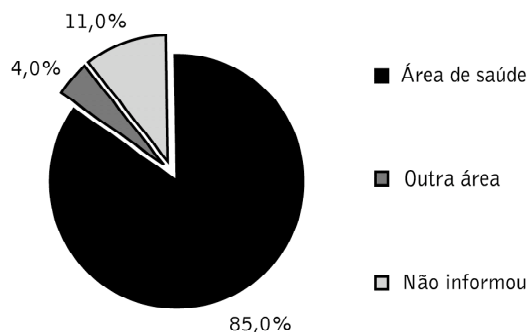
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 4 - Gestores Estaduais por área de formação



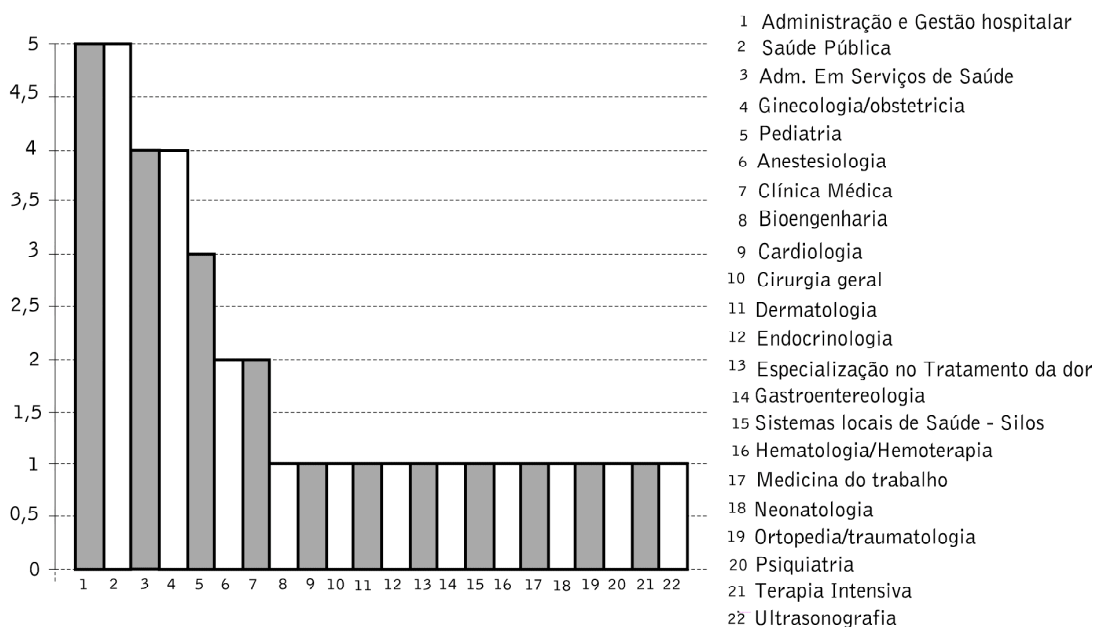
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 5 - Gestores Estaduais por área de pós-graduação



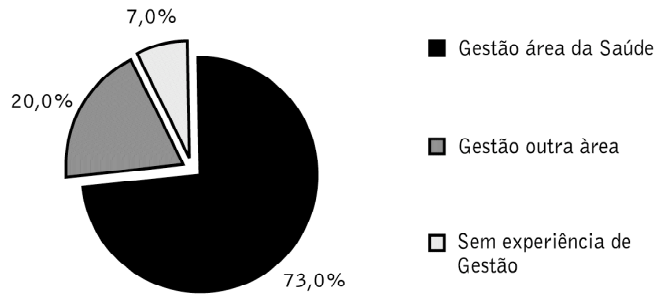
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 6 - Gestores Estaduais médicos por especialidades de formação



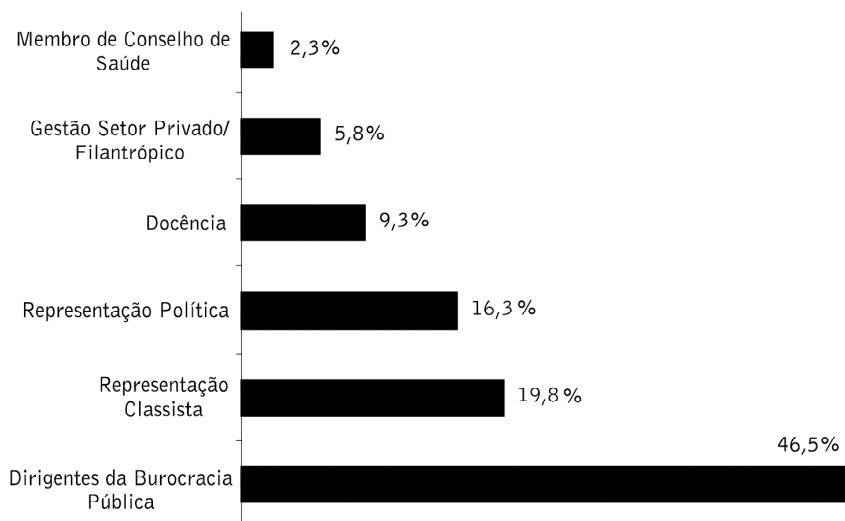
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 7 - Gestores Estaduais por experiência de gestão



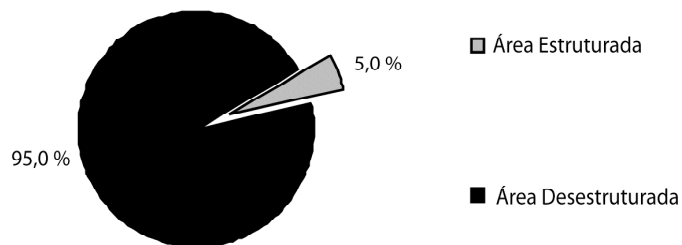
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 8 - Gestores Estaduais por área de atuação anterior



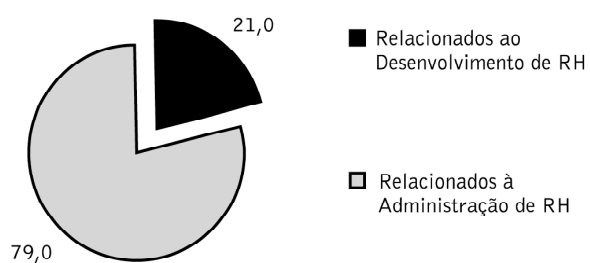
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 9 - A área de recursos humanos na visão dos Gestores Estaduais no início da gestão



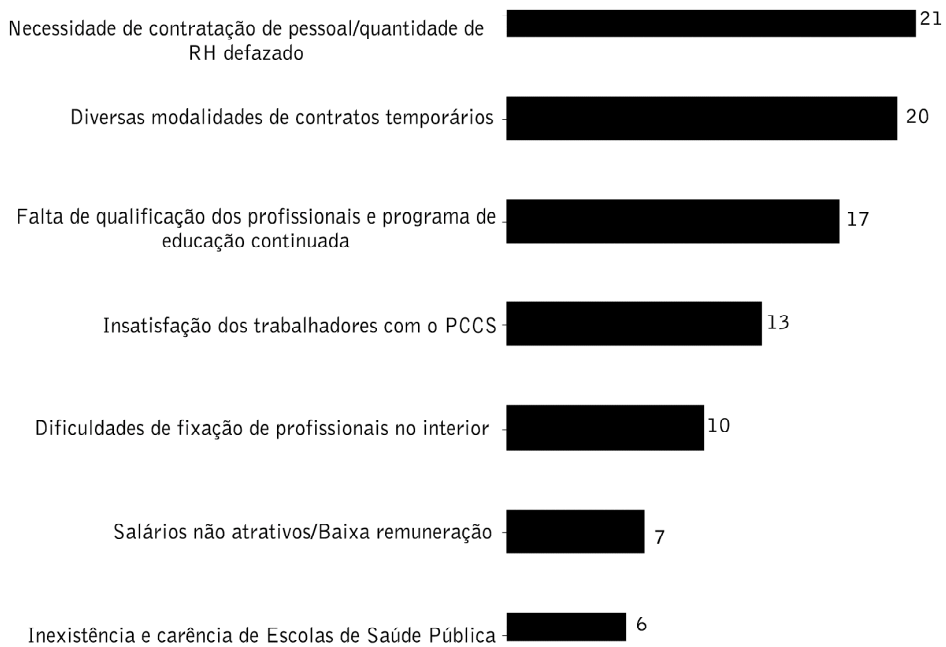
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 10 - Áreas problemáticas apontadas pelos Gestores Estaduais



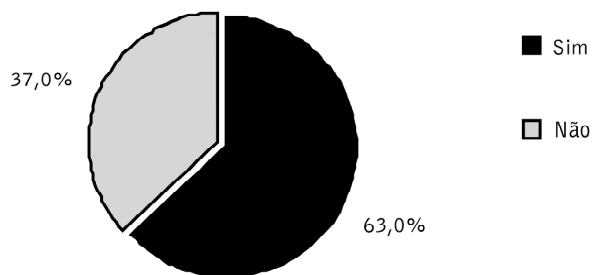
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 11 - Principais problemas apontados pelos Gestores Estaduais



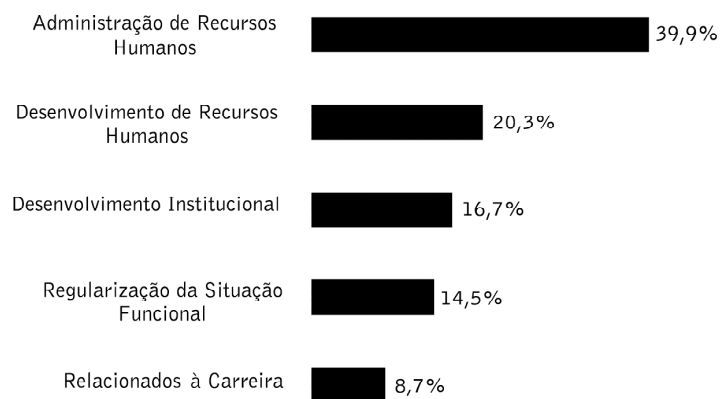
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 12 - Formulação de propostas para a área de recursos humanos pelos Gestores Estaduais



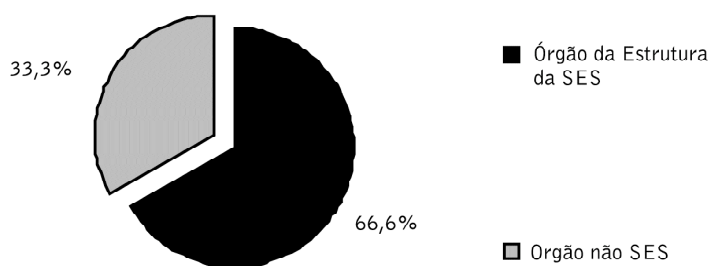
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 13 - Áreas das propostas formuladas pelos Gestores Estaduais



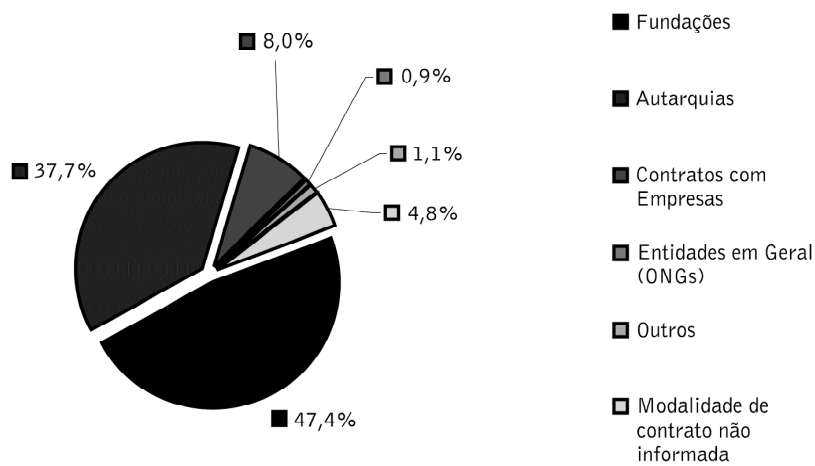
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 14 - Vinculação da área de recursos humanos



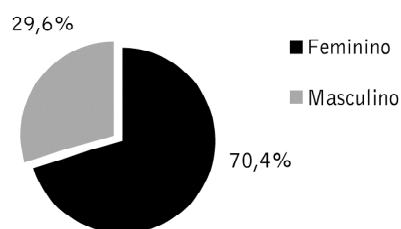
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 15 - Percentual de trabalhadores de saúde na administração indireta, segundo natureza jurídica



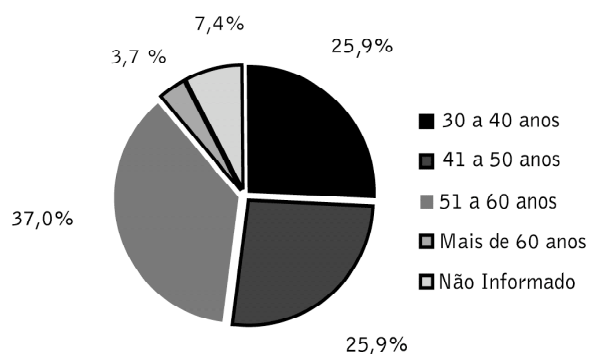
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 16 - Dirigentes estaduais de recursos humanos segundo gênero



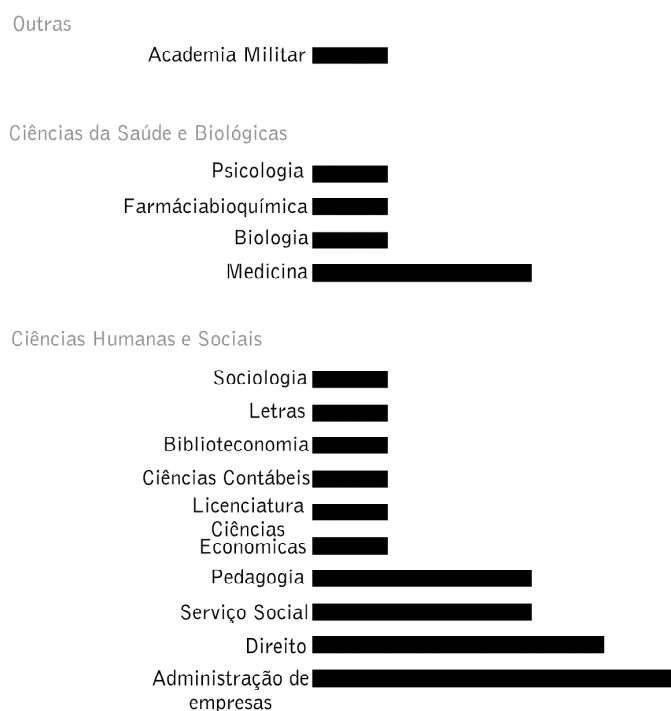
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 17 - Dirigentes estaduais de recursos humanos segundo faixa etária



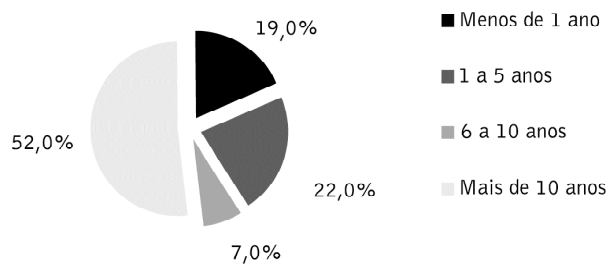
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 18 - Área de formação dos dirigentes estaduais de recursos humanos



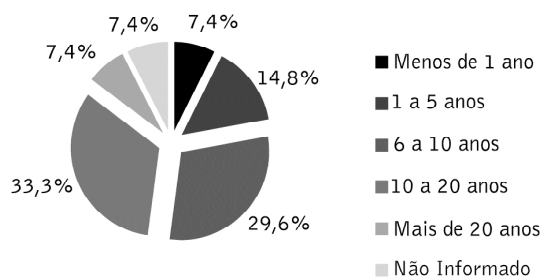
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 19 - Tempo do dirigente estadual de recursos humanos na Secretaria de Saúde



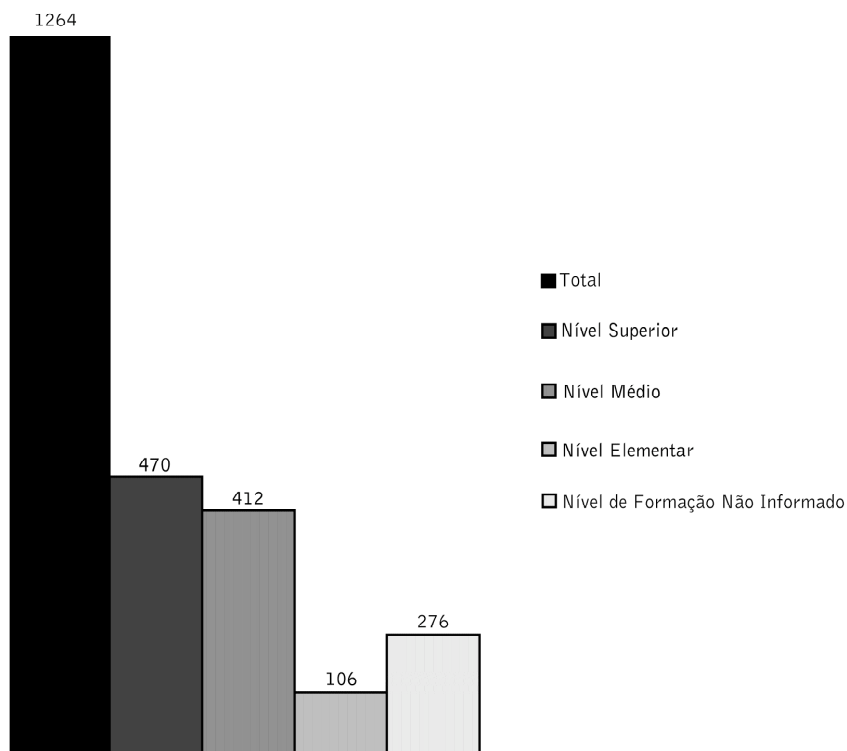
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde - Conass 2003

GRÁFICO 20 - Tempo do dirigente estadual na área de recursos humanos



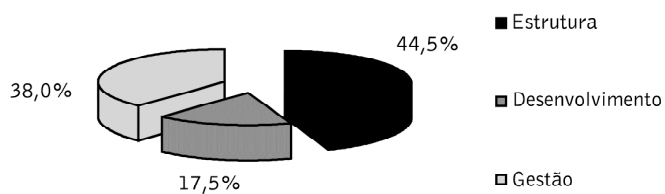
Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde - Conass 2003

GRÁFICO 21 - Número de trabalhadores da área de recursos humanos, segundo nível de formação.



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

GRÁFICO 22 - Percentual dos problemas apontados pelos dirigentes de recursos humanos, segundo áreas.



Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde -2003

6.2. Tabelas

- Tabela 1** – Valor global da folha mensal de trabalhadores de saúde das SES, com recursos próprios da receita estadual.
- Tabela 2** – Total de trabalhadores de saúde ativos por tipo de administração (direta e indireta) e inativos, segundo unidades da federação
- Tabela 3** – Gasto médio mensal, com trabalhadores de saúde (ativos e inativos) por habitantes, segundo unidades da federação
- Tabela 4** – Relação de gasto médio mensal, com trabalhadores de saúde ativos e inativos, segundo unidades da federação
- Tabela 5** – Gasto médio mensal por trabalhador de saúde ativo, segundo unidades da federação
- Tabela 6** – Despesas com saúde por habitante/ano, gastos com trabalhadores de saúde ativos, segundo unidades da federação
- Tabela 7** – Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas por recursos próprios – 2002 – Por esfera de governo
- Tabela 8** – Relação trabalhadores de saúde ativos por 1.000 habitantes, segundo unidades da federação
- Tabela 9** – Relação trabalhadores de saúde ativos e inativos, segundo unidades da federação
- Tabela 10** – Trabalhadores de saúde da administração direta, por nível de formação, segundo regiões e unidades da federação
- Tabela 11** – Remuneração inicial mensal por nível de ocupação, segundo unidades da federação
- Tabela 12** – Trabalhadores de saúde, ativos, na administração direta, por modalidade de vínculo, segundo regiões e unidades da federação
- Tabela 12 a** – Trabalhadores de saúde, ativos, da administração direta, por regime jurídico, segundo unidades da federação
- Tabela 12 b** – Trabalhadores de saúde ativos, de nível superior, na administração direta, por modalidade de vínculo, segundo regiões e unidades da federação
- Tabela 12 c** – Trabalhadores de saúde ativos, de nível médio, na administração direta, por modalidade de vínculo, segundo regiões e unidades da federação
- Tabela 12 d** – Trabalhadores de saúde ativos, de nível elementar, na administração direta, por modalidade de vínculo, segundo regiões e unidades da federação
- Tabela 13** – Trabalhadores de saúde na administração indireta, segundo natureza jurídica, segundo unidades da federação
- Tabela 13 a** – Trabalhadores de saúde, ativos, de nível superior na administração indireta, segundo natureza jurídica, segundo unidades da federação
- Tabela 13 b** – Trabalhadores de saúde, ativos, de nível média na administração indireta, segundo natureza jurídica, segundo unidades da federação
- Tabela 13 c** – Trabalhadores de saúde, ativos, de nível elementar na administração indireta, segundo natureza jurídica, segundo unidades da federação

TABELA 1- Valor global da folha mensal de trabalhadores de saúde das SES, com recursos próprios da receita estadual

BRASIL E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	ATIVOS	INATIVOS	Total Geral
BRASIL	387.749.233,55	57.008.649,78	444.762.883,33
■ Norte	51.576.952,34	527.331,25	52.104.283,59
Rondônia (1)	4.979.116,16	-	4.979.116,16
Acre (2)	7.494.788,59	297.021,25	7.791.809,84
Amazonas(1) (2)	15.903.399,08	-	15.903.399,08
Roraima (1)	3.990.330,67	-	3.990.330,67
Pará(1)	8.240.116,25	-	8.240.116,25
Amapá (1)	4.996.671,44	-	4.996.671,44
Tocantins	5.972.530,15	230.310,00	6.202.840,15
■ Nordeste	84.985.107,58	7.608.751,72	92.593.859,30
Maranhão (3)	-	-	-
Piauí	5.042.969,84	728.446,09	5.771.415,93
Ceará	9.986.817,84	529.385,68	10.516.203,52
Rio G. do Norte (1)	11.722.480,58	-	11.722.480,58
Paraíba	4.930.063,72	302.048,66	5.232.112,38
Pernambuco	14.301.563,33	2.363.742,33	16.665.305,66
Alagoas	5.065.680,03	896.645,90	5.962.325,93
Sergipe	4.416.826,83	185.324,87	4.602.151,70
Bahia	29.518.705,41	2.603.158,19	32.121.863,60
■ Sudeste	151.250.838,17	24.115.829,10	175.366.667,27
Minas Gerais	22.642.860,70	5.422.353,71	28.065.214,41
Espírito Santo	12.549.625,74	1.246.101,28	13.795.727,02
Rio de Janeiro	20.501.221,15	4.970.872,56	25.472.093,71
São Paulo(4)	95.557.130,58	12.476.501,55	108.033.632,13
■ SUL	29.676.835,67	8.857.654,99	38.534.490,66
Paraná (1)	10.018.709,58	-	10.018.709,58
Santa Catarina	10.323.034,02	2.673.050,04	12.996.084,06
Rio Grande do Sul	9.335.092,07	6.184.604,95	15.519.697,02
■ Centro-Oeste	70.264.499,79	15.899.082,72	86.163.582,51
Mato Grosso do Sul	2.342.893,57	166.785,22	2.509.678,79
Mato Grosso	6.361.602,62	730.548,66	7.092.151,28
Goiás	11.040.003,60	1.801.748,84	12.841.752,44
Distrito Federal	50.520.000,00	13.200.000,00	63.720.000,00

Notas: (1) Estes estados relataram não ter acesso à informação referente aos valores gastos com servidores inativos da saúde;
 (2) Os valores dos Estados do Amazonas e do Acre não contemplam os gastos com RH - administração indireta: o primeiro informa que possui 13 cooperativas médicas e de enfermeiros com um número considerável de profissionais porém não tem condição de quantificá-los; O segundo, declarou possuir também 10 cooperativas, mas, sem condição de quantificá-los;
 (3) Os dados não foram disponibilizados;
 (4) Há contratação de pessoal pelas OS, entretanto, o recurso sai do orçamento como serviços de terceiros, não sendo possível apurar o percentual gasto no conjunto da despesa;
 (5) nos estados de Rondônia; Minas Gerais; São Paulo e no Distrito Federal um percentual dos recursos transferidos pelo governo federal – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Saúde – são utilizados para pagamento de despesas com Recursos Humanos
 Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

TABELA 2 - Total de trabalhadores de saúde ativos, por tipo de administração (direta e indireta) e inativos segundo unidades da federação

REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	ATIVOS			INATIVOS	Total Geral
	Direta	Indireta	Subtotal Ativos	Total	
BRASIL	344.717	53.308	398.025	59.098	457.123
■ Norte	44.509	5.248	49.757	1.056	50.813
Rondônia	4.005	227	4.232	775	5.007
Acre	5.121	-	5.121	-	5.121
Amazonas	15.194	1.630	16.824	-	16.824
Roraima	4.048	-	4.048	-	4.048
Pará	8.236	3.249	11.485	-	11.485
Amapá	2.121	142	2.263	-	2.263
Tocantins	5.784	-	5.784	281	6.065
■ Nordeste	123.831	2.988	126.819	14.648	147.469
Maranhão	6.498	-	6.498	-	6.498
Piauí	11.476	1	11.477	1.531	13.008
Ceará	11.758	452	12.210	2.574	14.784
Rio G. do Norte	15.648	-	15.648	-	15.648
Paraíba	9.352	2.535	11.887	652	12.539
Pernambuco	23.198	-	23.198	4.969	28.167
Alagoas	5.716	-	5.716	933	6.649
Sergipe	6.002	-	6.002	-	6.002
Bahia	34.183	-	34.183	3.989	38.172
■ Sudeste	113.578	42.921	156.499	30.464	186.963
Minas Gerais	10.347	13.888	24.235	4.352	28.587
Espírito Santo	582	10.147	10.729	1.172	11.901
Rio de Janeiro	26.950	-	26.950	7.506	34.456
São Paulo	75.699	18.886	94.585	17.434	112.019
■ Sul	23.440	2.134	25.574	3.863	29.437
Paraná	6.925	352	7.277	1.096	8.373
Santa Catarina	9.590	1.236	10.826	2.767	13.593
Rio Grande do Sul	6.925	546	7.471	-	7.471
■ Centro-Oeste	39.359	17	39.376	9.067	48.443
Mato Grosso do Sul	2.705	-	2.705	237	2.942
Mato Grosso	3.604	-	3.604	492	4.096
Goiás	10.537	17	10.554	1.809	12.363
Distrito Federal	22.513	-	22.513	6.529	29.042

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

TABELA 3 - Gasto médio mensal, com trabalhadores de saúde (ativos e inativos) por habitante, segundo a unidade federada

Unidade Federada	População IBGE*	Gasto mensal (R\$)	Gasto Médio Mensal por trabalhador de saúde
BRASIL	174.632.960	444.762.883,33	2,55
Rondônia	1.431.777	4.979.116,16	3,48
Acre	586.942	7.791.809,84	13,28
Amazonas	2.961.801	15.903.399,08	5,37
Roraima	346.871	3.990.330,67	11,50
Pará	6.453.683	8.240.116,25	1,28
Amapá	516.511	4.996.671,44	9,67
Tocantins	1.207.014	6.202.840,15	5,14
Maranhão	5.803.224	-	-
Piauí	2.898.223	5.771.415,93	1,99
Ceará	7.654.535	10.516.203,52	1,37
Rio Grande do Norte	2.852.784	11.722.480,58	4,11
Paraíba	3.494.893	5.232.112,38	1,50
Pernambuco	8.084.667	16.665.305,66	2,06
Alagoas	2.887.535	5.962.325,93	2,06
Sergipe	1.846.039	4.602.151,70	2,49
Bahia	13.323.212	32.121.863,60	2,41
Minas Gerais	18.343.517	28.065.214,41	1,53
Espírito Santo	3.201.722	13.795.727,02	4,31
Rio de Janeiro	14.724.475	25.472.093,71	1,73
São Paulo	38.177.742	108.033.632,13	2,83
Paraná	9.798.006	10.018.709,58	1,02
Santa Catarina	5.527.707	12.996.084,06	2,35
Rio Grande do Sul	10.408.540	15.519.697,02	1,49
Mato Grosso do Sul	2.140.624	2.509.678,79	1,17
Mato Grosso	2.604.742	7.092.151,28	2,72
Goiás	5.210.335	12.841.752,44	2,46
Distrito Federal	2.145.839	63.720.000,00	29,69

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde, 2003.

* Estimativa IBGE 2002.

TABELA 4 - Relação de gastos médio mensal com trabalhadores de saúde ativos e inativos, segundo a unidade federada

Unidade Federada	Servidores ativos	Servidores inativos	Relação gastos ativos/inativos
Rondônia	4.979.116,16	-	-
Acre	7.494.788,5	297.021,25	25,23
Amazonas	15.903.399,08	-	-
Roraima	3.990.330,67	-	-
Pará	8.240.116,25	-	-
Amapá	4.996.671,44	-	-
Tocantins	5.972.530,15	230.310,00	25,93
Maranhão	-	-	-
Piauí	5.042.969,84	728.446,09	6,92
Ceará	9.986.817,84	529.385,68	18,86
Rio Grande do Norte	11.722.480,58	-	-
Paraíba	4.930.063,72	302.048,66	16,32
Pernambuco	14.301.563,33	2.363.742,33	6,05
Alagoas	5.065.680,03	896.645,90	5,65
Sergipe	4.416.826,83	185.324,87	23,83
Bahia	29.518.705,41	2.603.158,19	11,34
Minas Gerais	22.642.860,70	5.422.353,71	4,18
Espírito Santo	12.549.625,74	1.246.101,28	10,07
Rio de Janeiro	20.501.221,15	4.970.872,56	4,12
São Paulo	95.557.130,58	12.476.501,55	7,66
Paraná	10.018.709,58	-	-
Santa Catarina	10.323.034,02	2.673.050,04	3,86
Rio Grande do Sul	9.335.092,07	6.184.604,95	1,51
Mato Grosso do Sul	2.342.893,57	166.785,22	14,05
Mato Grosso	6.361.602,62	730.548,66	8,71
Goiás	11.040.003,60	1.801.748,84	6,13
Distrito Federal	50.520.000,00	13.200.000,00	3,83

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde, 2003.

TABELA 5 - Gasto médio mensal por trabalhador de saúde ativo, segundo regiões e unidades da federação

Brasil e Unidades da Federação	Total gastos (em reais)	Pessoal Ativo Números Absolutos	Gasto/ Médio Mensal/ Trabalhador (em reais)
BRASIL	387.749.233,55	398.025	974,20
■ Norte	51.576.952,34	49.757	1.036,57
Rondônia	4.979.116,16	4.232	1.176,25
Acre	7.494.788,59	5.121	1.463,54
Amazonas	15.903.399,08	16.824	945,28
Roraima	3.990.330,67	4.048	985,75
Pará	8.240.116,25	11.485	717,47
Amapá	4.996.671,44	2.263	2.207,99
Tocantins	5.972.530,15	5.784	1.032,60
■ Nordeste	84.985.107,58	126.819	670,13
Maranhão	-	-	-
Piauí	5.042.969,84	11.476	439,43
Ceará	9.986.817,84	12.210	817,92
Rio G. do Norte	11.722.480,58	15.648	749,14
Paraíba	4.930.063,72	11.887	414,74
Pernambuco	14.301.563,33	23.198	616,50
Alagoas	5.065.680,03	5.716	886,23
Sergipe	4.416.826,83	6.002	735,89
Bahia	29.518.705,41	34.183	863,55
■ Sudeste	151.250.838,17	156.499	966,47
Minas Gerais	22.642.860,70	24.235	934,30
Espírito Santo	12.549.625,74	10.729	1.169,69
Rio de Janeiro	20.501.221,15	26.950	760,71
São Paulo	95.557.130,58	94.585	1.010,28
■ Sul	29.676.835,67	25.574	1.160,43
Paraná	10.018.709,58	7.277	1.376,76
Santa Catarina	10.323.034,02	10.826	953,54
Rio Grande do Sul	9.335.092,07	7.471	1.249,51
■ Centro-Oeste	70.264.499,79	39.376	1.784,45
Mato Grosso do Sul	2.342.893,57	2.705	866,13
Mato Grosso	6.361.602,62	3.604	1.765,15
Goiás	11.040.003,60	10.554	1.046,05
Distrito Federal	50.520.000,00	22.513	2.244,04

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

TABELA 6 - Despesas com saúde por habitantes/ano, gastos com trabalhadores de saúde ativos, segundo a unidade federada

Unidade Federada	Gastos ativo/Hab./ano(1)	Desp. Saúde/Hab./ano(2)
BRASIL	26,64	58,22
Rondônia	41,73	73,73
Acre	153,23	203,01
Amazonas	64,43	189,84
Roraima	138,05	183,27
Pará	15,32	44,51
Amapá	116,09	224,74
Tocantins	59,38	119,30
Maranhão	-	22,12
Piauí	20,88	27,96
Ceará	15,66	37,67
Rio Grande do Norte	49,31	81,68
Paraíba	16,93	51,72
Pernambuco	21,23	43,88
Alagoas	21,05	47,61
Sergipe	28,71	62,77
Bahia	26,59	43,77
Minas Gerais	14,81	32,75
Espírito Santo	47,04	74,50
Rio de Janeiro	16,71	34,65
São Paulo	30,04	92,03
Paraná	12,27	26,86
Santa Catarina	22,41	59,39
Rio Grande do Sul	10,76	36,13
Mato Grosso do Sul	13,13	61,98
Mato Grosso	29,31	56,63
Goiás	25,43	46,43
Distrito Federal	282,52	147,79

Fontes: (1) Secretarias Estaduais de Saúde, 2003;

(2) SIOPS, nov/2003.

TABELA 7 - Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde financiadas por recursos próprios – 2002 - Por esfera de governo

Unidades da Federação e Regiões	Federal		Estadual		Municipal (1)		Total	
	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)	Despesa (em R\$ mil correntes)	Despesa por habitante (R\$)
BRASIL	24.736.843	141,69	10.163.707	58,22	11.694.752	67,80	46.595.302	267,71
■Norte	n.d.	n.d.	1.397.885	103,51	580.282	42,97	n.d.	n.d.
Rondônia	n.d.	n.d.	105.566	73,73	66.675	46,57	n.d.	n.d.
Acre	n.d.	n.d.	119.158	203,01	26.982	45,97	n.d.	n.d.
Amazonas	n.d.	n.d.	562.277	189,84	161.344	54,47	n.d.	n.d.
Roraima	n.d.	n.d.	63.570	183,27	19.234	55,45	n.d.	n.d.
Pará	n.d.	n.d.	287.240	44,51	213.262	33,04	n.d.	n.d.
Amapá	n.d.	n.d.	116.081	224,74	17.821	34,50	n.d.	n.d.
Tocantins	n.d.	n.d.	143.995	119,30	74.964	62,11	n.d.	n.d.
■Nordeste	n.d.	n.d.	2.102.768	43,05	2.013.767	41,23	n.d.	n.d.
Maranhão	n.d.	n.d.	128.356	22,12	206.201	35,53	n.d.	n.d.
Piauí	n.d.	n.d.	81.026	27,96	77.915	26,88	n.d.	n.d.
Ceará	n.d.	n.d.	288.384	37,67	371.244	48,50	n.d.	n.d.
Rio Grande do Norte	n.d.	n.d.	233.024	81,68	159.069	55,76	n.d.	n.d.
Paraíba	n.d.	n.d.	180.762	51,72	135.216	38,69	n.d.	n.d.
Pernambuco	n.d.	n.d.	354.691	43,88	306.429	37,91	n.d.	n.d.
Alagoas	n.d.	n.d.	137.489	47,61	120.370	41,69	n.d.	n.d.
Sergipe	n.d.	n.d.	115.878	62,77	79.982	43,33	n.d.	n.d.
Bahia	n.d.	n.d.	583.157	43,77	557.341	41,83	n.d.	n.d.
■Sudeste	n.d.	n.d.	4.863.127	65,32	6.649.672	89,32	n.d.	n.d.
Minas Gerais	n.d.	n.d.	600.828	32,75	1.266.217	69,03	n.d.	n.d.
Espírito Santo	n.d.	n.d.	238.514	74,50	207.789	64,90	n.d.	n.d.
Rio de Janeiro	n.d.	n.d.	510.218	34,65	1.196.161	81,24	n.d.	n.d.
São Paulo	n.d.	n.d.	3.513.568	92,03	3.979.505	104,24	n.d.	n.d.
■Sul	n.d.	n.d.	967.472	37,59	1.805.352	70,15	n.d.	n.d.
Paraná	n.d.	n.d.	263.154	26,86	696.414	71,08	n.d.	n.d.
Santa Catarina	n.d.	n.d.	328.279	59,39	391.063	70,75	n.d.	n.d.
Rio Grande do Sul	n.d.	n.d.	376.039	36,13	717.875	68,97	n.d.	n.d.
■Centro-Oeste	n.d.	n.d.	832.455	69,05	645.679	64,86	n.d.	n.d.
Mato Grosso do Sul	n.d.	n.d.	132.680	61,98	159.623	74,57	n.d.	n.d.
Mato Grosso	n.d.	n.d.	147.507	56,63	205.307	78,82	n.d.	n.d.
Goiás	n.d.	n.d.	241.915	46,43	280.749	53,88	n.d.	n.d.
Distrito Federal	n.d.	n.d.	310.353	147,79	n.a.	n.a.	n.d.	n.d.

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE/DES. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde - FNS (Gasto Federal).

(1) Dados declarados pelos estados de RO, AC, AM, RR, PA, TO, PI, RN, AL, SE, BA, ES, RJ, MS, GO e DF ao SIOPS até o dia 10/11/2003. Para os 11 estados restantes são apresentados dados extraídos do Balanço Estadual pela Equipe do SIOPS.

(2) Estimativa do gasto municipal para 2002 realizada com base em dados dos municípios que responderam ao SIOPS até 21 de Setembro de 2003. O painel é composto de 4.447 municípios (80% do total), que abrigam 90% da população total.

Nota: Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde excluem, nas três esferas de governo, aposentadorias e pensões (inativos), clientela fechadas e no âmbito federal o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza.

n.a.= não se aplica

TABELA 8 – Relação trabalhadores de saúde ativos por 1.000 habitantes, segundo a unidade federada

Unidade Federada	População IBGE	Serv. Ativos	Trabalhadores de saúde ativos/ 1.000 hab
BRASIL	174.632.960	398.025	2,28
Rondônia	1.431.777	4.232	2,96
Acre	586.942	5.121	8,72
Amazonas	2.961.801	16.824	5,68
Roraima	346.871	4.048	11,67
Pará	6.453.683	11.485	1,78
Amapá	516.511	2.263	4,38
Tocantins	1.207.014	5.784	4,79
Maranhão	5.803.224	6.498	1,12
Piauí	2.898.223	11.477	3,96
Ceará	7.654.535	12.210	1,60
Rio G. do Norte	2.852.784	15.648	5,49
Paraíba	3.494.893	11.887	3,40
Pernambuco	8.084.667	23.198	2,87
Alagoas	2.887.535	5.716	1,98
Sergipe	1.846.039	6.002	3,25
Bahia	13.323.212	34.183	2,57
Minas Gerais	18.343.517	24.235	1,32
Espírito Santo	3.201.722	10.729	3,35
Rio de Janeiro	14.724.475	26.950	1,83
São Paulo	38.177.742	94.585	2,48
Paraná	9.798.006	7.277	0,74
Santa Catarina	5.527.707	10.826	1,96
Rio Grande do Sul	10.408.540	7.471	0,72
Mato Grosso do Sul	2.140.624	2.705	1,26
Mato Grosso	2.604.742	3.604	1,38
Goiás	5.210.335	10.554	2,03
Distrito Federal	2.145.839	22.513	10,49

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde, 2003.

TABELA 9 - Relação trabalhadores de saúde ativos e inativos, segundo unidades da federação

REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Total Geral	ATIVOS		INATIVOS Total	Relação Ativo/Inativo
		Direta	Indireta		
BRASIL	457.123	344.717	53.308	59.098	6,73
Rondônia	5.007	4005	227	775	5,46
Acre	5.121	5.121	-	-	-
Amazonas	16.824	15.194	1630	-	-
Roraima	4.048	4048	-	-	-
Pará	11.485	8.236	3249	-	-
Amapá	2.263	2121	142	-	-
Tocantins	6.065	5.784	-	281	20,58
Maranhão	6.498	6.498	-	-	-
Piauí	8.759	7.227	1	1.531	4,72
Ceará	14.784	11.758	452	2574	4,74
Rio G. do Norte	15.648	15.648	-	-	-
Paraíba	12.539	9.352	2535	652	18,23
Pernambuco	28.167	23.198	-	4.969	4,67
Alagoas	6.649	5.716	-	933	6,13
Sergipe	12.004	6.002	-	-	-
Bahia	38.172	34.183	-	3.989	8,57
Minas Gerais	28.587	10.347	13.888	4.352	5,57
Espírito Santo	11.901	582	10.147	1.172	9,15
Rio de Janeiro	34.456	26.950	-	7.506	3,59
São Paulo	112.019	75.699	18.886	17.434	5,43
Paraná	8.373	6.925	352	1096	6,64
Santa Catarina	13.593	9.590	1.236	2.767	3,91
Rio Grande do Sul	7.471	6.925	546	-	-
Mato Grosso do Sul	2.942	2.705	-	237	11,41
Mato Grosso	4.096	3.604	-	492	7,33
Goiás	12.363	10.537	17	1.809	5,83
Distrito Federal	29.042	22.513	-	6.529	3,45

Nota 1: Algumas SES não tem informações sobre os inativos pois os mesmos se encontram sob controle das Secretarias Estaduais de Administração..

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde, 2003.

TABELA 10 – Trabalhadores de saúde da administração direta, por nível de formação segundo regiões e unidades da federação

REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Total	Nível Superior	Nível Médio	Nível Elementar	Nível de ocupação não informado
BRASIL	344.717	110.393	137.307	91.467	5.550
■ Norte	44.509	11.326	21.395	11.788	-
Rondônia	4.005	1.110	600	2.295	-
Acre	5.121	1.336	3.785	-	-
Amazonas	15.194	2.631	6.951	5.612	-
Roraima	4048	750	2.930	368	-
Pará	8.236	2.207	3.847	2.182	-
Amapá	2121	747	1.055	319	-
Tocantins	5.784	2.545	2.227	1.012	-
■ Nordeste	123.831	40.934	38.920	38.774	5.203
Maranhão	6.498	4.101	2.397	-	-
Piauí	7.227	1.649	2.334	3.244	4249
Ceará	11.758	4.431	2.921	4.040	366
Rio G. do Norte	15.648	4.514	4.274	6.860	-
Paraíba	9.352	3.404	2.755	2.692	501
Pernambuco	23.198	7.957	11.205	4.036	-
Alagoas	5.716	2.067	1.497	2.065	87
Sergipe	6.002	1.625	763	3.614	-
Bahia	34.183	11.186	10.774	12.223	-
■ Sudeste	113.578	38.300	48.553	26.550	175
Minas Gerais	10.347	4.030	3.583	2.734	-
Espírito Santo	582	118	130	334	-
Rio de Janeiro	26.950	9.970	12.580	4.225	175
São Paulo	75.699	24.182	32.260	19.257	-
■ Sul	23.440	8.231	7.786	7.423	-
Paraná	6.925	2.471	1.466	2.988	-
Santa Catarina	9.590	2.503	4.621	2.466	-
Rio Grande do Sul	6.925	3.257	1.699	1.969	-
■ Centro-Oeste	39.359	11.602	20.653	6.932	172
Mato Grosso do Sul	2.705	862	599	1.244	-
Mato Grosso	3.604	1.493	1.645	466	-
Goiás	10.537	3.331	3.233	3.973	-
Distrito Federal	22.513	5.916	15.176	1.249	172

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde, 2003.

TABELA II – Remuneração inicial mensal por nível de ocupação, segundo unidades da federação

Unidades da Federação	Nível superior (em reais)		Nível Médio (em reais)	Nível Elementar (em reais)
	Médicos	Outros Profissionais		
Rondônia (2)	455,00	455,00	325,00	250,00
Acre	2.350,00	2.100,00	505,00	352,50
Amazonas	2.270,75	2.168,75	666,37	532,85
Roraima	-	-	-	-
Pará	1.164,84	1.164,84	325,54	231,12
Amapá	1.174,19	1.174,19	821,93	715,91
Tocantins	1.380,00	1.380,00	523,00	312,00
Maranhão	772,80	772,80	240,00	240,00
Piauí (2)	250,00	250,00	240,00	240,00
Ceará	1.180,00	1.105,00	304,21	190,00
Rio Grande do Norte	791,58	505,41	240,00	240,00
Paraíba (2)	240,00	240,00	240,00	240,00
Pernambuco	1.407,38	704,59	262,29	226,57
Alagoas	1.279,80	1.811,19	405,00	316,86
Sergipe	-	-	-	-
Bahia (2)	1.344,00	602,00	511,00	349,00
Minas Gerais	975,00	975,00	500,00	400,00
Espírito Santo	2.400,00	1.200,00	435,60	287,73
Rio de Janeiro	1.500,00	1.500,00	708,00	499,00
São Paulo	1.227,96	1.183,97	804,15	577,96
Paraná	1.525,25	1.525,25	334,21	228,41
Santa Catarina	1.383,21	697,72	412,63	369,2
Rio Grande do Sul	1.406,32	1.406,32	402,36	365,17
Mato Grosso do Sul (3)	400,00	400,00	316,00	216,00
Mato Grosso	1.600,00	1.600,00	600,00	360,00
Goiás	1.266,78	1.266,78	611,00	373,64
Distrito Federal	-	-	-	-

Notas:

(1) Salário do Médico – base - 20 horas e demais categorias de nível superior, bem como, níveis médio e elementar – 30 horas

(2) Verificou-se que alguns estados tiveram dificuldades para fornecer os dados de forma clara, havendo pouca segurança, se o valor se tratava de remuneração total (salário + adicionais) ou somente salário.

(3) O Estado informa que a insalubridade e outros adicionais são os fatores que diferenciam os salários entre os níveis ocupacionais;

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde, 2003.

TABELA 12 – Trabalhadores de saúde, ativos, na administração direta por modalidade de vínculo segundo regiões e unidades da federação

REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Total	Cargos em comissão	RJU	CLT	Cooperativas
BRASIL	344.717	14.656	262.669	18.279	4.171
■ Norte	44.509	2.841	18.469	299	2.868
Rondônia	4.005	169	3.741	10	0
Acre	5.121	16	4.816	289	-
Amazonas	15.194	-	-	-	-
Roraima (1)	4.048	141	-	-	2.868
Pará	8.236	140	4.649	-	-
Amapá (2)	2.121	85	2.012	-	-
Tocantins (3)	5.784	2.290	3.251	-	-
■ Nordeste	123.831	2.529	104.553	577	1.303
Maranhão	6.498	266	6.232	-	-
Piauí (4)	11.476	211	7.016	-	-
Ceará	11.758	366	10.089	-	1.303
Rio G. do Norte	15.648	151	15.480	-	-
Paraíba	9.352	379	6.553	-	-
Pernambuco	23.198	106	21.562	6	-
Alagoas (5)	5.716	87	4.402	-	-
Sergipe	6.002	-	6.002	-	-
Bahia	34.183	963	27.217	571	-
■ Sudeste	113.578	5.427	85.652	14.058	-
Minas Gerais	10.347	276	8.691	1.380	-
Espírito Santo (6)	582	54	518	-	-
Rio de Janeiro (7)	26.950	175	21.161	-	-
São Paulo (8)	75.699	4.922	55.282	12.678	-
■ Sul	23.440	702	20.595	2.143	-
Paraná (9)	6.925	356	6.569	-	-
Santa Catarina (10)	9.590	135	7.665	1.790	-
Rio Grande do Sul	6.925	211	6.361	353	-
■ Centro-Oeste	39.359	3.157	33.400	1.202	-
Mato Grosso do Sul	2.705	158	1.360	1.187	-
Mato Grosso	3.604	194	3.299	-	-
Goiás (11)	10.537	2.633	6.860	15	-
Distrito Federal (12)	22.513	172	21.881	-	-

Contrato por tempo determinado	Regime Jurídico não informado
29.748	15.194
4.838	15.194
85	-
-	-
-	15194
1.039	-
3.447	-
24	-
243	-
14.869	-
-	-
4.249	-
17	-
2.420	-
1.524	-
1.227	-
-	-
5.432	-
8.441	-
-	-
10	-
5.614	-
2.817	-
-	-
-	-
-	-
1.600	-
-	-
111	-
1.029	-
460	-

Notas : Fazem parte, além do quadro exposto para cada estado, as seguintes situações encontradas de Recursos Humanos;

- (1) 15 Servidores Federais sendo 6 de nível superior e 9 de nível médio;
- (2) 2.199 Servidores Federais, sendo 327 de nível superior; 1.432 de nível médio e 50 estagiários e 440 de nível elementar;
- (3) 42 Servidores da Funasa, sendo 6 de nível superior e 37 de nível médio;
- (4) 51 estagiários mirins e 169 estagiários;
- (5) 60 bolsistas;
- (6) 32 Residentes / 50 Estagiários e 758 servidores federais: 236 nível sup., 241 nível médio e 281 nível elementar;
- (7) 640 Bolsistas, sendo 326 de nível superior; 172 de nível médio e 142 de nível elementar;
- (8) 4.500 médicos residentes e 1.176 aprimorandos;
- (9) 1.114 Servidores federais: MS/Funasa;
- (10) 410 estagiários: 192 nível superior/ 187 residentes e 31 nível médio;
- (11) 13 servidores cedidos diversos órgãos/4.701 estagiários curriculares de nível superior, médio e residentes;
- (12) 628 Residentes;

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

TABELA 12 a – Trabalhadores de saúde, ativos, da administração direta por regime jurídico segundo regiões

Brasil e Regiões	Total	(Em valores absolutos)					Contrato por tempo determinado	Regime Jurídico não informado
		Cargos em comissão	RJU	CLT	Cooperativas			
BRASIL	344.717	14.656	262.669	18.279	4.171	29.748	15.194	
Norte	44.509	2.841	18.469	299	2.868	4.838	15.194	
Nordeste	123.831	2.529	104.553	577	1.303	14.869	-	
Sudeste	113.578	5.427	85.652	14.058	-	8.441	-	
Sul	23.440	702	20.595	2.143	-	-	-	
Centro-Oeste	39.359	3.157	33.400	1.202	-	1.600	-	

Brasil e Regiões	Total	(Em percentual)					Contrato por tempo determinado	Regime Jurídico não informado
		Cargos em comissão	RJU	CLT	Cooperativas			
BRASIL	100,0	4,25	76,19	5,30	1,21	8,63	4,41	
Norte	100,0	6,38	41,49	0,67	6,44	10,87	34,14	
Nordeste	100,0	2,04	84,43	0,47	1,05	12,01	-	
Sudeste	100,0	4,78	75,41	12,38	-	7,43	-	
Sul	100,0	2,99	87,86	9,14	-	-	-	
Centro-Oeste	100,0	8,02	84,86	3,05	-	4,07	-	

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde, 2003.

TABELA 12b – Trabalhadores de saúde ativos, de nível superior, na administração direta por modalidade de vínculo, segundo regiões e unidades da federação

REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Total	Cargos em comissão	RJU	CLT	Regime de Cooperativas	Contratos por tempo determinado
BRASIL	110.393	6.035	86.551	5.617	1.223	8.336
■Norte	11.326	1.007	5.509	173	535	1.471
Rondônia	1.110	81	976	-	-	53
Acre	1.336	4	1.159	173	-	-
Amazonas (1)	2.631	-	-	-	-	-
Roraima	750	42	-	-	535	173
Pará	2.207	93	1.126	-	-	988
Amapá	747	49	684	-	-	14
Tocantins	2.545	738	1.564	-	-	243
■Nordeste	40.934	1.362	35.660	201	688	3.023
Maranhão	4.101	190	3.911	-	-	-
Piauí	1.649	205	1.444	-	-	-
Ceará	4.431	-	3.743	-	688	-
Rio G. do Norte	4.514	151	4.346	-	-	17
Paraíba	3.404	199	2.955	-	-	250
Pernambuco	7.957	106	7.018	4	-	829
Alagoas	2.067	-	1.589	-	-	478
Sergipe	1.625	-	1.625	-	-	-
Bahia	11.186	511	9.029	197	-	1.449
■Sudeste	38.300	2.394	28.263	4.305	-	3.338
Minas Gerais	4.030	138	3.206	686	-	-
Espírito Santo	118	9	109	-	-	-
Rio de Janeiro	9.970	-	7.957	-	-	2.013
São Paulo	24.182	2.247	16.991	3.619	-	1.325
■Sul	8.231	443	7.150	638	-	-
Paraná	2.471	202	2.269	-	-	-
Santa Catarina	2.503	132	1.864	507	-	-
Rio Grande do Sul	3.257	109	3.017	131	-	-
■Centro-Oeste	11.602	829	9.969	300	-	504
Mato Grosso do Sul	862	83	489	290	-	-
Mato Grosso	1.493	158	1.240	-	-	95
Goiás	3.331	588	2.343	10	-	390
Distrito Federal	5.916	800	5.897	-	-	19

Nota 1: Só informou o total, não discriminou a modalidade de vínculo.

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde, 2003.

TABELA 12 c – Trabalhadores de saúde, ativos, de nível médio na administração direta por modalidade de vínculo, segundo regiões e unidades da federação

REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Total	Cargos em comissão	RJU	CLT	Regime de Cooperativas	Contratos por tempo determinado
BRASIL	137.307	5.653	103.075	7.861	2.948	10.791
■ Norte	21.395	1.507	8.290	117	2.333	2.197
Rondônia	600	76	523	1	-	-
Acre	3.785	12	3.657	116	-	-
Amazonas (1)	6.951	-	-	-	-	-
Roraima	2.930	73	-	-	2.333	524
Pará	3.847	38	2.143	-	-	1.666
Amapá	1.055	36	1.012	-	-	7
Tocantins	2.227	1.272	955	-	-	-
■ Nordeste	38.920	612	31.843	1.560	615	4.290
Maranhão	2.397	76	2.321	-	-	-
Piauí	2.334	6	2.328	-	-	-
Ceará	2.921	-	2.306	-	615	-
Rio G. do Norte	4.274	-	4.274	-	-	-
Paraíba	2.755	137	-	1.444	-	1.174
Pernambuco	11.205	-	10.509	1	-	695
Alagoas	1.497	-	1.002	-	-	495
Sergipe	763	-	763	-	-	-
Bahia	10.774	393	8.340	115	-	1.926
■ Sudeste	48.553	2.690	37.322	4.617	-	3.924
Minas Gerais	3.583	100	3.124	359	-	-
Espírito Santo	130	28	92	-	-	10
Rio de Janeiro	12.580	-	9.793	-	-	2.787
São Paulo	32.260	2.562	24.313	4.258	-	1.127
■ Sul	7.786	201	6.313	1.272	-	-
Paraná	1.466	113	1.353	-	-	-
Santa Catarina	4.621	3	3.455	1.163	-	-
Rio Grande do Sul	1.699	85	1.505	109	-	-
■ Centro-Oeste	20.653	643	19.307	295	-	380
Mato Grosso do Sul	599	73	317	209	-	-
Mato Grosso	1.645	36	1.600	-	-	9
Goiás	3.233	643	2.240	5	-	345
Distrito Federal	15.176	-	15.150	-	-	26

Nota 1: Só informou o total, não discriminou a modalidade de vínculo.

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde, 2003.

TABELA 12 d – Trabalhadores de saúde, ativos, de nível elementar na administração direta por modalidade de vínculo, segundo regiões e unidades da federação

REGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO	Total	Cargos em comissão	RJU	CLT	Regime de Cooperativas	Contratos por t e m po determinado
BRASIL	91.467	2.032	69.445	8.265	-	6.113
■ Norte	11.788	327	4.696	9	-	1.170
Rondônia	2.295	12	2.242	9	-	32
Acre	-	-	-	-	-	-
Amazonas (1)	5.612	-	-	-	-	-
Roraima	368	26	-	-	-	342
Pará	2.182	9	1.380	-	-	793
Amapá	319	-	316	-	-	3
Tocantins	1.012	280	732	-	-	-
■ Nordeste	38.774	75	33.452	2.199	3.048	-
Maranhão	-	-	-	-	-	-
Piauí	3.244	-	3.244	-	-	-
Ceará	4.040	-	4.040	-	-	-
Rio G. do Norte	6.860	-	6.860	-	-	-
Paraíba	2.692	16	-	1.939	-	737
Pernambuco	4.036	-	4.035	1	-	-
Alagoas	2.065	-	1.811	-	-	254
Sergipe	3.614	-	3.614	-	-	-
Bahia	12.223	59	9.848	259	-	2.057
■ Sudeste	26.550	168	20.067	5.136	1.179	-
Minas Gerais	2.734	38	2.361	335	-	-
Espírito Santo	334	17	317	-	-	-
Rio de Janeiro	4.225	-	3.411	-	-	814
São Paulo	19.257	113	13.978	4.801	-	365
■ Sul	7.423	58	7.132	233	-	-
Paraná	2.988	41	2.947	-	-	-
Santa Catarina	2.466	-	2.346	120	-	-
Rio Grande do Sul	1.969	17	1.839	113	-	-
■ Centro-Oeste	6.932	1.404	4.124	688	716	-
Mato Grosso do Sul	1.244	2	554	688	-	-
Mato Grosso	466	-	459	-	-	7
Goiás	3.973	1.402	2.277	-	-	294
Distrito Federal	1.249	-	834	-	-	415

Nota 1: Só informou o total, não discriminou a modalidade de vínculo.

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde, 2003.

TABELA 13 – Trabalhadores de saúde ativos na administração indireta, segundo natureza jurídica, segundo unidades de federação

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	TOTAL	Contratos Terceirizados com empresas	Fundação	Autarquias	Entidades em Geral (ONGS etc.)	Outros	Modalidade de contrato não informada
TOTAL	53.308	4.285	25.290	20.110	487	601	2.535
Rondônia	227	-	-	227	-	-	-
Amazonas	1.630	1.630	-	-	-	-	-
Pará (2)	3.249	-	3.249	-	-	-	-
Amapá	142	-	142	-	-	-	-
Piauí	1	-	-	-	-	1	-
Ceará	452	-	-	-	452	-	-
Paraíba (5)	2.535	-	-	-	-	-	2.535
Minas Gerais (3)	13.888	-	13.888	-	-	-	-
Espírito Santo (4)	10.147	2.054	7.113	980	-	-	-
São Paulo	18.886	-	-	18.886	-	-	-
Paraná	352	-	352	-	-	-	-
Santa Catarina	1.236	601	-	-	35	600	-
Rio Grande do Sul	546	-	546	-	-	-	-
Goias	17	-	-	17	-	-	-

Notas:

1: Nesta planilha só constam 14 estados que declararam possuir RHs na administração indireta;

(2): Do total: 1.096 servidores das fundações de apoio são concursados – RJU

(3): Do total: 7.063 servidores das fundações de apoio são concursados- RJU

(4): Do total: 7.000 servidores das fundações de apoio são concursados- RJU

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

TABELA 13 a - Trabalhadores de saúde, ativos, de nível superior na administração indireta segundo natureza jurídica segundo unidades da federação

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	TOTAL	Contratos Terceirizados com empresas	Fundações	Autarquias	Entidades em Geral (ONGS etc.)	Outros
TOTAL	10.605	1.655	3.652	4.816	252	230
Rondônia	49	-	-	49	-	-
Amazonas	454	454	-	-	-	-
Pará	1.004	-	1.004	-	-	-
Amapá	142	-	142	-	-	-
Piauí	1	-	-	-	-	1
Ceará	235	-	-	-	235	-
Paraíba (*)	-	-	-	-	-	-
Minas Gerais (*)	-	-	-	-	-	-
Espírito Santo	3.492	1.201	2.291	-	-	-
São Paulo	4.757	-	-	4.757	-	-
Paraná (*)	-	-	-	-	-	-
Santa Catarina	246	-	-	-	17	229
Rio Grande do Sul	215	-	215	-	-	-
Goiás	10	-	-	10	-	-

Nota: Nesta planilha só constam os estados que declararam possuir RHs na administração indireta;

(*)- Estados que só informaram o total dos contratos segundo natureza jurídica sem discriminar o nível de formação dos contratados;

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

TABELA 13 b - Trabalhadores de saúde, ativos, de nível médio na administração indireta, segundo natureza jurídica segundo unidades da federação

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	TOTAL	Contratos terceirizados com empresas	Fundações	Autarquias	Entidades em geral (ONGS etc.)	Outros
TOTAL	14.734	938	2.234	11.308	223	31
Rondônia	51	-	-	51	-	-
Amazonas	816	816	-	-	-	-
Pará	1.259	-	1.259	-	-	-
Amapá	-	-	-	-	-	-
Piauí	-	-	-	-	-	-
Ceará	211	-	-	-	211	-
Paraíba (*)	-	-	-	-	-	-
Minas Gerais (*)	-	-	-	-	-	-
Espírito Santo	1.793	-	813	980	-	-
São Paulo	10.270	-	-	10.270	-	-
Paraná (*)	-	-	-	-	-	-
Santa Catarina	165	122	-	-	12	31
Rio Grande do Sul	162	-	162	-	-	-
Goiás	7	-	-	7	-	-

Nota: Nesta planilha só constam os estados que declararam possuir RHs na administração indireta;

(*)- Estados que só informaram o total dos contratos segundo natureza jurídica sem discriminar o nível de formação dos contratados;

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde - 2003

TABELA 13 c - Trabalhadores de saúde, ativos, nível elementar na administração indireta, segundo natureza jurídica, segundo unidades da federação

UNIDADES DA FEDERAÇÃO	TOTAL	Contratos terceirizados com empresas	Fundações	Autarquias	Entidades em geral (ONGS, etc.)	Outros
TOTAL	11.194	1.692	5.164	3.986	12	340
Rondônia	127	-	-	127	-	-
Amazonas	360	360	-	-	-	-
Pará	986	-	986	-	-	-
Amapá	-	-	-	-	-	-
Piauí	-	-	-	-	-	-
Ceará	6	-	-	-	6	-
Paraíba (*)	-	-	-	-	-	-
Minas Gerais (*)	-	-	-	-	-	-
Espírito Santo	4.862	853	4.009	-	-	-
São Paulo	3.859	-	-	3.859	-	-
Paraná (*)	-	-	-	-	-	-
Santa Catarina	825	479	-	-	6	340
Rio Grande do Sul	169	-	169	-	-	-

Nota: Nesta planilha só constam os estados que declararam possuir RHs na administração indireta;

(*)- Estados que só informaram o total dos contratos segundo natureza jurídica sem discriminar o nível de formação dos contratados;

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde - 2003

6.3. Quadros

Quadro 1 – Principais propostas apresentadas pelos gestores das SES

Quadro 2 – Estrutura das áreas de recursos humanos

Quadro 3 – Quantidade e denominação dos cargos ocupados pelos dirigentes estaduais de recursos humanos nas SES

Quadro 4 – Denominação do órgão de recursos humanos, nível de subordinação em relação ao Secretário de Estado e área de atuação

Quadro 5 – Principais problemas apontados pelos dirigentes de RH das SES, por áreas – estrutura, gestão e desenvolvimento

Quadro 6 – Percentual dos principais problemas apontados pelos dirigentes de RH, por áreas – estrutura, gestão e desenvolvimento

Quadro 7 – Principais fontes de informação utilizadas para o gerenciamento pelos dirigentes de RH

Quadro 8 – Informações do processo de planejamento da área de RH das SES

Quadro 9 – Existência do plano de cargos, carreiras e salários nas SES

Quadro 10 – Existência de propostas de discussão do PCCS e outros instrumentos de gestão

Quadro 11 – Informações sobre a política de incentivos

Quadro 12 – Sistema de avaliação de desempenho

QUADRO I – Principais propostas apresentadas pelos gestores das SES

Propostas para a Área de RH	V.abs	%
Qualificar e capacitar Recursos Humanos;	29	48,41
PCCS (elaborar, implantar e implementar);	14	25,45
Realizar Concurso Público;	12	23,64
Implantar Escola de Saúde Pública;	11	19,11
Reformular a área de RH da SES;	9	14,55
Regularizar contratos;	4	4,82
Elaborar critérios para distribuição de pessoal;	2	2,41
Ampliar a formação de auxiliares enfermagem;	1	1,20
Aperfeiçoar o desenvolvimento de RH do SUS;	1	1,20
Contratatar por metas;	1	1,20
Desenvolver Programa de Educação continuada;	1	1,20
Desenvolver proposta de carreira específica para a atenção e para a gestão de saúde;	1	1,20
Desenvolver Ações para regularização do exercício profissional dos integrantesdo convênio com Cuba	1	1,20
Desenvolver pesquisas;	1	1,20
Elaborar PCCS com dedicação exclusiva	1	1,20
Estabelecer convênio para escolarização e humanização dos ACS	1	1,20
Estabelecer parcerias com as demais Secretarias do Estado	1	1,20
Estimular a humanização dos serviços	1	1,20
Fomentar a articulação das diversas iniciativas de desenvolvimento de RH	1	1,20
Implantação de Pólo de Capacitação	1	1,20
Implantar estratégia sistemática de avaliação de desempenho	1	1,20
Implantar modelo de gestão das organizações sociais	1	1,20
Investimentos em auditoria	1	1,20
Investir no pessoal municipalizado	1	1,20
Melhorar a remuneração	1	1,20
Reestruturar o Pólo de Capacitação	1	1,20
Regulamentar a situação dos padrões de lotação	1	1,20
Repór de pessoal na área técnica de RH	1	1,20
Revisar as carreiras existentes;	1	1,20
Seleção pública simplificada acompanhada pelo MP;	1	1,20
Treinar e ampliar as equipes do PSF;	1	1,20
Viabilizar alternativas para a reposição rápida de pessoal;	1	1,20

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

QUADRO 2 – Estrutura das áreas de recursos humanos

Descrição	N.	%
Órgãos da Estrutura da SES	18	66,6
Assessoria de Gestão estratégica	1	3,7
Coordenadoria	5	18,5
Diretoria	5	18,5
Departamento	3	11,1
Subsecretaria Adjunta	1	3,7
Superintendência	3	11,1
Órgãos não SES	7	25,9
Sec. de Administração	6	22,2
Sec. de Estado do Servidor Público e Patrimônio	1	3,7
Inexistente (*)	2	7,5
TOTAL	27	100

(*) Não existe na SES uma estrutura de RH apenas um setor de pessoal

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

QUADRO 3 – Quantidade e denominação dos cargos ocupados pelos dirigentes estaduais de recursos humanos, nas SES

Cargos	N.º
Assessor Técnico	1
Assistente Técnico	1
Chefe de Divisão	2
Coordenadores de RH	3
Diretores de RH	11
Gerente de RH	1
Subsecretário Adjunto	1
Superintendente	3
Supervisores	2
Não Informado	2
Total	27

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – Conass 2003

QUADRO 4 – Denominação do órgão de recursos humanos nas SES, nível de subordinação em relação ao Secretário de Estado e área de atuação

	Denominação do órgão de Recursos Humanos nas SESs	Nível de subordinação em relação ao Secretário e área de atuação
Rondônia	Equipe de RH	1º Nível - Não Identificada
Acre	Gerência de RH	3º Nível - Administração de pessoal
Amazonas	Treinamento e desenvolvimento de RH	3º Nível - Desenvolvimento
Roraima	Departamento	Nível e Área de atuação não identificada
Pará	Departamento de RH	3º Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
Amapá	Divisão de Administração de pessoal	3º Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
Tocantins	Diretoria de RH	2º Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
Maranhão	Supervisão de RH	3º Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
Piauí	Unidade de gestão de pessoas	2º Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
Ceará	Núcleo de desenvolvimento de RH	3º Nível - Desenvolvimento
Rio Grande do Norte	Coordenação de RH	2º Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
Paraíba	Departamento de pessoal	3º Nível - Administração de pessoal
Pernambuco	Superintendência de gestão de pessoas	2º Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
Alagoas	Coordenação de gestão estratégica de RH	2º Nível - Desenvolvimento
Sergipe	Divisão de RH	Nível e Área de atuação não identificada
Bahia	Superintendência de Ed. Permanente em saúde	2º Nível - Desenvolvimento
Minas Gerais	Assessoria de gestão estratégica	1º Nível - Desenvolvimento
Espírito Santo	Superintendência de RH	3º Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
Rio de Janeiro	Subsecretaria de RH	1º Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
São Paulo	Coordenação de RH Desenvolvimento	2º Nível Administração de pessoal e
Santa Catarina	Diretoria de RH em saúde.	3º Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
Rio Grande do Sul	Escola de saúde pública.	Nível e Área de Atuação não Identificados
Paraná	Diretoria de RH.	3º Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
Mato Grosso do Sul	Recursos humanos	3º Nível - Administração de pessoal
Goiás	Gerência de RH	3º Nível - Administração de pessoal
Mato Grosso	Centro Estadual de Gestão, Formação e Desenvolvimento	3º Nível – Nível - Administração de pessoal e Desenvolvimento
Distrito Federal	Secretária de Estado de Saúde	3º Nível - Administração de pessoal

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – Conass, 2003

QUADRO 5 – Principais problemas apontados pelos dirigentes de RH das SES, por áreas - Estrutura, Gestão e Desenvolvimento

Estrutura	nº absoluto
Carência de pessoal	9
Falta de recursos financeiros	8
Estrutura Física ruim	8
Faltam recursos materiais	5
Sistema de Informação	5
Falta de recursos para desenvolvimento	4
Falta de pessoal de RH	3
Equipe técnica não- qualificada	3
Falta de dotação orçamentária para RH	3
Hierarquia rígida, situação hierárquica da área ruim	3
Falta órgão de desenvolvimento de RH	2
Estrutura ruim da ESP	1
Estrutura Organizacional ruim	1
Falta de autonomia	1
RH à margem	1
Comunicação insuficiente	1
Função de D.P.	1
Instrumentos Inadequados	1
Falta de política de desenvolvimento institucional	1
TOTAL	61
Desenvolvimento	nº absoluto
Ausência de Política, Programa e Planejamento do Desenvolvimento	8
Fragmentação das atividades	5
Ausência de envolvimento do setor de RH	5
Ausência de envolvimento da gestão/gerência	5
Indefinição dos Fluxos de Capacitação	1
TOTAL	24
Gestão	nº absoluto
Rotatividade	4
Remuneração insuficiente	5
Precarização	4
Limites da L.R.F.	1
Insensibilidade governamental para o setor	2
Indefinição da Política de gestão/ pouca valorização	7
Falta de envolvimento das gerências	1
Falta autonomia	2
Diversidade de contratos	4
Desmotivação	1
Burocracia/rigidez administrativa	2
Ausência de planejamento/programação/diagnóstico	4
Ausência de PCCS	9
Ausência de normas e fluxos	2
Ausência de Concurso	2
Ausência de avaliação de desempenho	2
TOTAL	52

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

QUADRO 6 – Percentual dos principais problemas apontados pelos dirigentes de RH, segundo áreas – estrutura, gestão e desenvolvimento

Área do Problema	Número Absoluto	Percentual
Estrutura	61	44,53%
Desenvolvimento	24	17,52%
Gestão	52	37,96%
TOTAL	137	100%

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

QUADRO 7 - Principais fontes de informação utilizadas para o gerenciamento pelos dirigentes de RH

Fontes de Informação	nº absoluto	%
Diário Oficial	25	92,59
Internet	24	88,88
Sistema de RH Estadual	19	70,37
Revistas Especializadas	13	48,14
SIAPE	3	11,11

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

QUADRO 8 - Informações do processo de planejamento da área de RH das SES

Existência de Processo de Planejamento	nº absoluto
Não	14
Sim	13
Total	27
Para as respostas afirmativas:	
Formalização do processo de planejamento	nº absoluto
Total	7
Parcial	1
Método	nº absoluto
Participativo Ascendente	1
Estratégico Situacional	2
Estratégico Simplificado	1
Plano de Metas/ L.D.O .	1
Instrumento	nº absoluto
Plano de trabalho	2
Planilha de metas/atividades	1
Planejamento Separado	1
Processo de acompanhamento e avaliação	nº absoluto
Não	17
Sim	10

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

QUADRO 9 - Existência do plano de cargos, carreiras e salários nas SES

Existência do PCCS	nº absoluto
Sim*	10
* 1 em fase de aprovação e 1 em fase de revisão(inconstitucional)	
Não	17
Em caso de resposta afirmativa:	nº absoluto
Todas as categorias	6
Exclusão de área-meio	2
Exclusão do nível gerencial	2
Total	10
Data do PCCS	nº absoluto
1981	1
1992	2
1994	1
2000	2
2002	3
Em tramitação	1
Total	10
Propostas de revisão	nº absoluto
Novo Plano	3
Incorporação de área-meio	2
Inconstitucionalidade	1

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

QUADRO 10 – Existência de propostas de discussão de PCCS e outros instrumentos de gestão

Propostas em discussão	nº absoluto
Sim	10
Não	7
Outros instrumentos de gestão	nº absoluto
Parceria	1
Gratificação/ Progressão Horizontal	1
Produtividade/Plantão Médico	1

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

QUADRO II – Informações sobre a política de incentivos

Políticas de Incentivos	nº absoluto
Sim	16
Tipos de Incentivo	
Financeiros	11
Financeiros + Funcionais	5
Categorias envolvidas	nº absoluto
Todas	12
Por tarefas/critérios específicos	2
Exclusão de pessoal administrativo	2
Fonte de recursos	nº absoluto
Tesouro	7
Tesouro + outros	3
Outros (FUNDES)	4
Não Informaram	2

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

QUADRO 12 - Sistema de avaliação de desempenho

Avaliação de Desempenho	nº absoluto
Sim	9
Não	17
NI	1
Total	27
Execução da Avaliação	nº absoluto
Chefia imediata treinada	4
Chefia imediata ã treinada	3
Pessoal Treinado do RH	4
Não Informado	1

Fonte: Secretarias Estaduais de Saúde – 2003

**6.4. Levantamento
Documental Tabulado
da Câmara Técnica
de Recursos Humanos
do Conass, 1995 a 2002**

Local , data referência	Tema(s) Oficina	Abordagem RH
<p>Maceió/AL 18 e 19 Maio 1995 I Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 1</p>	<p>- O Financiamento do SUS</p>	<p>- Não há referência explícita a RH</p>
<p>Brasília/DF 19 e 20 Julho 1995 II Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 1</p>	<p>- Regulação da atenção básica à saúde pelo SUS</p>	<p>- Na apresentação do relatório: Este quadro de desregulação contém a dolorosa distorção das atuais políticas de RH de saúde, públicas e privadas, que não reconhecem o aproveitamento de profissionais e não constroem um mercado de trabalho balizado nas necessidades da população e nas intervenções setoriais calcadas na relação custo-efetividade e nem tão pouco direcionam as atividades de formação e capacitação neste sentido.</p>
<p>Salvador/BA 21 e 22 Setembro 1995 III Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 1</p>	<p>- Alternativas de Gestão das Unidades do SUS</p>	<p>- No documento de referência: Exaustão do atual modelo gerencial público de saúde - Os recursos humanos constituem o maior problema para as Secretarias Municipais de Saúde.</p>
<p>Rio de Janeiro/RJ 23 a 25 de Novembro 1995 IV Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 1</p>	<p>- Construção do SUS: estratégias de parceria entre as três esferas de governo - Instalação da CÂMARA TÉCNICA DE RECURSOS HUMANOS</p>	<p>- 2 mesas redondas e apresentação da Agenda de Prioridades para Ações dos gestores do SUS</p>

RH/Encaminhamentos/Propostas

O poder público deve:

1. Regular a formação e remuneração da oferta da força de trabalho, adotando uma política de RH que melhore a capacitação, remuneração, o interesse, escolhas profissionais compatíveis com as necessidades dos usuários e do SUS e o envolvimento dos profissionais de saúde na melhoria do sistema de Saúde Nacional.

1. Deve ser organizada uma Oficina de Trabalho sobre Gestão de recursos humanos, com os temas: contratos de trabalho; administração dos conflitos no processo de trabalho; sistemas de remuneração; formação profissional em saúde.

1. Discussão e consenso em torno desta agenda.
2. Realização de reuniões entre gestores municipais e estaduais em cada estado;
3. Realização de oficinas das CT do Conass em cada região do país, com os respectivos representantes do Conasems;
4. Realização de um Seminário Nacional – antes da realização da X Conferência Nacional de Saúde e cujo produto final será aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite.

Local , data referênci	Tema(s) Oficina	Abordagem RH
<p>Belém/PA 14 e 15 Março 1996 I Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 1</p>	<p>- Proposta para Norma Operacional Básica</p>	<p>- No item principais pontos comuns apresentados durante a oficina: Desenvolvimento da política de Rh onde estejam envolvidas instâncias de articulação como Cosems e CIBs, cabendo aos estados e municípios referendar e apoiar sua implementação através de estímulo aos profissionais de saúde.</p>
<p>Brasília/DF 14 e 15 Maio 1996 II Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 2 – Março de 1996 a Março de 1997</p>	<p>- Estratégias de mudanças do Modelo de Atenção à saúde no país. O papel das Secretaria Estaduais</p>	<p>- Inserido dentro do painel: Experiências Indutoras à reversão do modelo `` - Na programação há referência a uma Comunicação Coordenada de Políticas de RH.</p>
<p>Ouro Preto/MG 22 e 23 Agosto 1996 III Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 2</p>	<p>- Vigilância Sanitária; -Consórcio Intermunicipal de Saúde RH para a Saúde</p>	<p>Painel RH para o SUS: - RH para a saúde e os programas de ajustes econômicos; - Políticas de Gestão de pessoal no processo de descentralização; - Políticas de pessoal: a gestão municipal; projeto UNI e a formação de RH para o SUS e A formação de RH e as necessidades do SUS.</p>
<p>Natal/RN 24 e 25 Outubro 1996 IV Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 2</p>	<p>- Vigilância à Saúde - Ética no SUS - Estratégias para Operacionalização da NOB– 01/96 - Alocação de Serviços de Saúde (modalidades).</p>	<p>- Razão da agenda: Construir a direcionalidade para decisões que são tomadas no âmbito do MS, pois as decisões devem ser consensuais para que se coincida a intenção da política de saúde com a realidade da oferta de empregos, de oportunidades de trabalho e de articulação entre o Sistema de Saúde e o sistema de educação, especificamente, a formação de profissionais.</p>

RH/Encaminhamentos/Propostas

1. Instituir a CT de RH de forma sistemática e obedecendo orientações políticas dos colegiados de gestores (CIBs e Cosems).

1. Proposta a constituição pelo Ministério da Saúde de pólos específicos nas Universidades – Núcleos de estudos, ligados às SES, reordenando os currículos, em ação articulada Ministério da Saúde e da Educação.
Não há referência desta atividade no relatório.

1. Encaminhamento do Projeto Agenda através de acordo de colaboração entre Conass, Conasems e a CGDRH – SUS/MS no sentido de sistematizar e ampliar o debate para a formulação de propostas compartilhadas

Local , data referêcia	Tema(s) Oficina	Abordagem RH
<p>Cuiabá/MT 11 a 13 Dezembro 1996 V Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Gestão de Rh e a qualidade dos serviços; -Reforma Administrativa; -Gestão Participativa nas relações de trabalho: mesa de negociação coletiva; -Modalidades de contratação, remuneração e incentivos; -Missão das SES -Propostas de ação conjunta 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentado pela CTRHN relato sobre modalidades de contratação, remuneração e incentivos a partir de um estudo feito em 15 SES. - O caderno trás ainda a Portaria n.º 02 de 20 de dezembro de 1996 designando os membros da CTRN.
<p>Curitiba/PR 14 a 12 Março 1997 I Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Estabilização e Políticas Sociais; -Construindo um sistema com base epidemiológica; -Comunicações Coordenadas; -Acreditação de serviços de saúde; Mercosul: experiências de estruturação de sistemas e redes de serviços de Saúde; -Apresentação de temas relevantes para a atualidade do setor saúde brasileiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - No item: Estágio atual e perspectivas de desenvolvimento das SES – Projeto Conass/Opas/Ipea/PUC-SP. - Política de RH e capacitação, entre outras constituem as principais dificuldades para a implantação do SUS.
<p>Aracajú/SE Junho 1997 II Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 3 – Março de 1997 a Março de 1998</p>	<ul style="list-style-type: none"> -As relações intergestores: definição de papéis; -Estratégias para operacionalização da NOB/96 -Estratégias para descentralização da Vigilância Sanitária -Comunidade Solidária e estratégias de mobilização social -Sistemas de Informações epidemiológicas e gerenciais Comunicações Coordenadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemas de Informação em RH de Saúde; - Cessão de pessoal entre as três esferas de governo do SUS; - A Experiência de terceirização de serviços em Sergipe; - Apresentação do PNEQP.
<p>Campo Grande/MS 21 e 22 Agosto 1997 III Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Comunidade Solidária; -Relação do SUS com a mídia; -Plano Nacional de Educação Profissional – PLANFOR e o SUS; -Comunicações Coordenadas; -Controle, Avaliação e Auditoria; -Câmaras Técnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta do relatório da reunião da CTNRH Plano Nacional de Educação Profissional – PLANFOR e o SUS - Aprofundamento da discussão sobre cessão de pessoal nas três esferas de governo

RH/Encaminhamentos/Propostas

1. Apresentado o Projeto "Estágio atual e perspectivas de desenvolvimento das SES – Proposta de Ação Conjunta – Biênio 97/98 – projeto de pesquisa integrado pelo Conass, IPEA, Opas e PUC-SP".
2. Esta oficina gerou a elaboração de um caderno especial do Conass

Encaminhamentos:

1. Apoio técnico do MS e do IMS-UERJ para implantação do SIGRHS nos estados;
2. Articular junto ao Conasems a IV plenária de RH com caráter ampliado e tendo como pauta a discussão de um aparato legal que regule e normatize a cessão de pessoal no âmbito do SUS;
3. Confeção e distribuição de roteiro mínimo de orientação para participação no PNEQP;
4. Maior articulação com as Secretarias de Trabalho e Ministério do Trabalho, com vistas à negociação de recursos oriundos do FAT diretamente para Escolas Técnicas de Saúde / Centros de Saúde.
5. Inclusão do tema na próxima oficina do Conass.

Recomendações: 1. apresentação pelo Conass no Fórum Nacional de Secretários Estaduais do Trabalho, Justiça e Cidadania – Cuiabá – st/97 – de uma exposição de motivos aos Coordenadores Estaduais do PLANFOR, sensibilizando-os para o trabalho que vem sendo desenvolvido pelas Escolas Técnicas/Centros Formadores e para incremento dos projetos nos estados onde se viabilizou o financiamento com recursos FAT; 2. criação de um Grupo de Trabalho junto à CIT com o objetivo de propor medidas que visem a regulamentação e reposição do pessoal cedido, dos mecanismos que busquem a equalização salarial destes servidores e em caráter emergencial dos servidores federais "estadualizados" que ocupam cargos comissionados; 3. no gerenciamento de servidores estaduais municipalizados: a definição de novos termos de cessão de pessoal, novos convênios específicos, ou outros instrumentos, quando os existentes forem inadequados ou insuficientes definido claramente as bases da relação estado/município.

Local , data referência	Tema(s) Oficina	Abordagem RH
<p>Recife/PE 12 a 14 Novembro 1997 IV Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A descentralização da saúde no sistema federativo; - Ministério da Saúde - proposta de descentralização da VISA e Assist. Farmacêutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta o relatório da CTRHN Projeto escola e a constituição da Rede de Escolas/Centros Formadores - Mesa Nacional de Negociação - Pólos de Capacitação para equipes do PSF
<p>Brasília/DF 25 a 27 Março 1998 I Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 4 – Março de 1998 a Março de 1999</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bioética e a ética de responsabilidade pública; - Ações Prioritárias do MS e o processo de articulação entre as três esferas de governo; - Vigilância à Saúde no SUS – Projeto AIDS II, Programa de Sangue e Hemoderivados; - Comunicações Coordenadas; - Estágio atual do processo; de descentralização - Discussão da PPI Nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta o relatório da CTRHN - Apresentação do Programa Nacional de Treinamento em DST/AIDS - Informes do trabalhos da Mesa Nacional de Negociação e da Comissão Interinstitucional de RH, ambas do CNS. - Avaliação da atuação da CTRH no período de sua instalação até a presente data - Apresentada proposta para eleição para composição da nova Coordenação Nacional da CTRH
<p>Rio Quente/GO 7 A 9 junho 1998 II Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prioridades no MS para 1998; - A pactuação na programação, na gestão e no financiamento do SUS; - Comunicações Coordenadas: Escola de Governo em Saúde e Pólo de Capacitação do PSF; - Novas propostas e diretrizes da SAS e Funasa; - Modalidades alternativas de gerência de serviços de saúde: relatos de experiências dos estados; - Construindo um modelo de atenção integral à saúde: algumas interfaces necessárias 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta o relatório da CTRHN - Informes: Conass, Mesa de Negociação; - Comissão Intersectorial de RH - Plano de trabalho p/ 1998

RH/Encaminhamentos/Propostas

1. Articulação da CTRHN do Conass com a Escola Politécnica e o MS para organização de uma reunião nacional, envolvendo todas as escolas técnicas da área da saúde e Centros Formadores, com o objetivo de discutir a operacionalização da rede, sua metodologia de trabalho, sua agenda de prioridades e definição de projetos prioritários a serem desenvolvidos.
2. Informa a próxima reunião da mesa e que qualquer posição a ser assumida pelos representantes do Conass seja previamente discutida com todos os secretários.
3. Pólos de Capacitação não discutido – recomendado que a próxima reunião da Câmara promova essa discussão.

-
1. Refere-se a dificuldades de não se conseguir discutir com o conjunto de gestores as questões deliberadas na Mesa, face à periodicidade das reuniões – CTRN trimestralmente e Mesa mensalmente.
 2. Conclui-se que este fórum proporcionou a troca de experiências entre os dirigentes de RH/SUS, consolidando e fortalecendo as discussões mais abrangentes no âmbito de cada estado, contribuindo para a formação de uma massa crítica em RH. Ressaltou-se a necessidade de estruturação da CTRH, principalmente quanto a necessidade de definição de um plano de trabalho.

-
1. Integração do setor de RH na discussão e elaboração da PPI como eixo para a construção da interface das Câmaras técnicas;
Atualização do Documento Síntese da situação de vínculo e remuneração das SES;
 2. Elaboração de proposta de alteração do Termo de Referência do convênio FAT, a ser apresentado pelo Conass,
 3. Planejamento e estabelecimento de parâmetros de lotação de pessoal nos serviços de saúde: - Elaboração de uma NOB de Recursos Humanos;
 4. Regulação do processo de cessão de pessoal entre as três esferas de governo;
Formação de pessoal de nível médio e elementar para o SUS através das Escolas Técnicas e Centros Formadores das SES;
 5. Capacitação dos profissionais de saúde para atendimento de demandas identificadas nas unidades do SUS;
 6. Esta proposta será apresentada ao MS pelo Conass
 7. Recomendação: Gerente de RH integrar as Comissões Técnicas da Bipartite.

Local , data referência	Tema(s) Oficina	Abordagem RH
<p>Brasília/DF 25 e 26 Agosto 1998 III Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A qualidade nos serviços de saúde; - A descentralização da assistência farmacêutica e o controle da qualidade dos medicamentos; - Urgência e Emergência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta o Relatório da reunião da CTNRH - Pauta: Discussão do Plano de Trabalho deliberado na oficina de Junho/98, discutido documento elaborado pela Mesa Nacional de Negociação do CNS, que aponta diretrizes de RH para o SUS, enfocando Plano de Carreira
<p>Maceió/AL 03 e 04 Dezembro 1998 IV Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perspectivas e Desafios do SUS para 1999; - Responsabilidade do SUS com a Promoção da saúde: desafios para 1999; - Estratégia para consolidação do SUS: prioridades para a próxima gestão 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta o Relatório Preliminar de avaliação das principais ações da CTRH (Histórico, Objetivo, Composição Funcionamento, Principais realizações, Discussões temáticas, Relatório das atividades do período 95/98; Avaliação das ações desenvolvidas pela CTNRH e Perspectivas para 1999
<p>Brasília - DF 24 e 25 Março 1999 I Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A saúde na atual conjuntura econômica; - O papel do Ministério da Saúde e das SES na organização dos serviços básicos para a promoção da Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresenta o relatório da reunião da CT com o plano de trabalho para 1999 e elenca os Coordenadores Regionais.
<p>Brasília/DF 23 e 24 Novembro 1999 II Oficina de Trabalho</p> <p>Cadernos Conass N.º 5 – Agosto de 1999 a Outubro de 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A saúde na atual conjuntura econômica; 	<p>Apresenta o relatório da reunião da CT: Informes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relatada a dificuldade de representar o Conass na Mesa Nac. de Neg. e na CIRH do CNS sem prévia discussão da pauta. - Denúncia contra o MEC – proposta de revisão de currículo de médico e enfermeiro - Formas de Contratação de Pessoal – ACS e PSF. - PROFABE – apresentado relatório de reunião com o MS – ausência de discussão entre os gestores estaduais. - Discussão do Papel de cada instância dos gestores do SUS do ano de 2002. - NOB RH – apresentação da proposta da Mesa Nac. de Neg. e na CIRH do CNS. - Sistema de Informação Gerencial de RH - PPI

RH/Encaminhamentos/Propostas

1. Encaminhamento: Os Estados deverão analisar e propor alterações ao documento (até 18/9/98); proposta inclusão de itens como: cessão, desenvolvimento de RH e saúde do trabalhador.
2. Discutido ainda: PROF AE e PROEP
3. Recomendações: convidar representantes dos Ministérios da Saúde e Educação para apresentar formalmente o PROF AE e o PROEP aos membros do Conass;
4. Será necessária a participação da CGDRH/MS na CT enquanto membro e assessor do grupo, tendo em vista a necessidade de viabilizar a oficina de trabalho para discussão do impacto da Reforma Administrativa nos RH do SUS, bem como na construção da base de dados da composição do histórico dos RH disponíveis nas três esferas de governo.

-
1. Recomendações: Conhecer e criticar a proposta da NOB RH formulada pela Comissão Intersetorial de RH e Mesa Nacional de Negociação do CNS, oferecendo subsídios para a posição a ser assumida pelo Conass;
 2. Propor ao Ministério da Saúde a participação do Conass, através de sua CTNRH, na definição de critérios que estão sendo formulados para o PROF AE, buscando contemplar as especificidades dos estados e priorizar o apoio ao desenvolvimento institucional das Escolas Técnicas de Saúde;
 3. Discutir outras alternativas de apoiar a profissionalização de outras categorias necessárias à consolidação do SUS;
 4. Discutir e acompanhar as ações que visam a inversão do modelo assistencial, a exemplo do PSF, PACS, e outros, pelos dirigentes e equipes de RH.

Plano de Trabalho para 1999:

1. Monitoramento de informações sobre a gestão de RH nos estados;
2. Regulamentação, em nível nacional, do processo de cessão de pessoal com aprovação da CIT;
3. Análise da proposta da NOB RH na perspectiva do gestor estadual.
4. Recomendações: a - Encaminhamento de ofício ao Ministro da Saúde solicitando esclarecimento quanto à operacionalização do PROF AE (modelo de ofício em anexo). b - Formulação de convite à Coordenação das Ações Básicas de Saúde do MS, para discussão com a CTNRH ao Projeto do PACS e PSF para estabelecimento de parcerias com os estados.

-
1. Encaminhamentos: acesso prévio à pauta; discussão anterior com a Presidência/ Diretoria Técnica/ assessoria do Conass e a importância da representação da entidade.
 2. Aprovação de moção de repúdio contra o MEC; estabelecer estratégia para participação do Conass nas Audiências Públicas do MEC e conhecer propostas de demais categorias
 3. Segure-se convidar para a próxima Oficina de Trabalho a Coordenação da Atenção Básica/MS
 4. Recomendação: reunião extraordinária com a Coordenação do PROF AE, bem como a reiteração da proposta de minuta do ofício por esta CT na última oficina do Conass
 5. Proposta a realização de uma reunião extraordinária com o objetivo de traçar caminhos e alternativas de RH na perspectiva dos gestores estaduais.
 6. Recomendação aos participantes da CTNRH que conhecessem o documento em profundidade e discutissem com o gestor estadual, propondo modificação quando necessário, em seguida encaminharem os destaques ao coordenador da CTNRH.
 7. Recomendações: a capacitação de RH e o planejamento de RH
 8. Outros encaminhamentos:
 - Os coordenadores regionais deverão encaminhar ao coord. Nac. da CT, planilha de coleta de dados de RH atualizadas, com mês de referência outubro/99;
 - Elaboração de coletânea de cessão de pessoal a ser encaminhada ao coordenador nacional, cuja sistematização será efetuada pelo representante do RJ.

Local , data referência	Tema(s) Oficina	Abordagem RH
<p>Fortaleza/CE 30 e 31 Março 2000</p> <p>I Oficina de Trabalho Cadernos Conass N.º 5</p>	<p>- O desafio da integralidade das ações de saúde e a PPI como instrumento de planejamento do modelo de atenção.</p>	<p>O relatório da CTNRH:</p> <ul style="list-style-type: none">- Reflexão sobre a dificuldade do trabalho de forma integral: dificuldades históricas do SUS;- RH como possibilidade de garantia de mudança;- Problemas estruturais
<p>Brasília/DF 19 e 20 Junho 2002</p> <p>I Oficina de Trabalho Cadernos Conass N.º 10 – Agosto de 1999 a Outubro de 2000</p>	<p>- A Reorganização dos Serviços de Saúde: regionalização e integralidade das ações</p>	<p>- Não apresenta o relatório da reunião da CTNRH, traz elenco de propostas retiradas das transparências apresentadas na Assembléia.</p>

RH/Encaminhamentos/Propostas

1. Proposta aos gestores: buscar alternativas para o fortalecimento da gestão e da valorização das pessoas;
2. Desafios: estabelecer parcerias; estabelecer sistemas de informações gerenciais de RH; implantar programas de capacitação, formação e educação continuada; discutir o papel do aparelho formador e fortalecer as escolas técnicas de saúde e implantar programas de desenvolvimento institucional;
3. PPI de RH deverá permanecer nas programações de assistência à saúde como um todo.

1. Promover discussões com os gestores sobre a especificidade de RH no SUS; Articular com as diversas áreas programáticas do MS, para capacitação de RH (ex: PROFAE);
2. Discutir propostas de capacitação considerando os novos paradigmas para o atendimento à saúde;
2. Fomentar propostas de capacitação da equipe gestora de RH das SES; Elaborar diagnóstico sobre situação de RH (quadro existente, vínculo, remuneração, PCC, incentivos, execução de concursos públicos);
3. Mapear as fontes de financiamento existentes para capacitação e formação de RH;
4. Identificar a existência de capacitação que estão sendo desenvolvidas na SES, incentivando a cooperação técnica; Articular as unidades formadoras (formação de gestores, especialização e mestrado profissional);
5. Formular proposta de reestruturação organizacional da área de RH das SES, considerando: sua posição estratégica e a necessidade de unificação das ações;
6. Propor a criação de um sistema de informação de RH que possibilite o estabelecimento de instrumentos de gestão;
7. Estabelecer instrumentos de gestão para os processos de formação e desenvolvimento de RH (pagamento de hora/aula, base de dados);
8. Propor política de RH com vistas ao papel do estado e a descentralização;
9. Promover discussões sobre o papel do Estado, enquanto ordenador relativo a RH para o SUS;
10. Realizar fóruns visando a construção de uma agenda integrada das CT;
11. Fomentar a discussão sobre as Escolas Técnicas de Saúde e as Escolas de Saúde Pública, resgatando seu papel de instância formadora de RH para o SUS;
11. Participar das instâncias de representação, por ex. do CNS;
12. Promover a capacitação da equipe gestora de RH, com a realização de cursos de especialização e de mestrado profissional, aproveitando a experiência acumulada com o projeto de formação de gerentes da ANVISA.

6.5. Portarias e Resoluções

PORTARIA Nº 02 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996

O Presidente do CONASS, no uso de suas competências estabelecidas pelo Art. 19 do Estatuto e de conformidade com os termos da Resolução nº 02/96 – CONASS, designa para integrar a Câmara Técnica Nacional de Recursos Humanos deste Conselho os seguintes Coordenadores das Câmaras Técnicas Regionais (CTR), sob a orientação do primeiro, em sua ausência a do segundo e técnicos convidados:

CTR – Região Nordeste – Dr. Pedro Miguel dos Santos (SES/PE)

CTR – Região Norte – Dra. Lígia Cássia Rocha Braga (SES/TO)

CTR – Região Sul – Dra. Ana Maria da Graça Gomes (SES/SC)

CTR – Região Sudeste – Dra. Eunice Novaes de Godoy (SES/MG)

CTR – Região Centro-Oeste – Dra. Elizete Duarte (SES/MT)

Representante da CGDRH/SUS-MS – Zuleide do Vale Ramos

Representante do CONASEMS – Dra. Maria Aparecida Carricondo Leite

ARMANDO RAGGIO

Presidente do CONASS

RESOLUÇÃO Nº 02 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996

Regulamenta a estruturação da Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS.

O plenário do Conselho Nacional e Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, em sua 6ª Assembléia Ordinária, realizada em 12 de dezembro de 1996, no uso de suas competências regimentais e:

- considerando a instalação da Câmara Técnica de Recursos Humanos, em 24 de novembro de 1995, na 6ª Assembléia Ordinária do CONASS, na cidade do Rio de Janeiro/RJ;
- considerando a constituição da Câmara Técnica Nacional e Câmara Técnica Regional na IV Oficina do CONASS, realizada em 24 e 25 de outubro de 1996, em Natal/RN; e
- considerando o artigo 26 do Estatuto do CONASS.

Regulamenta:

A estruturação da Câmara Técnica Nacional e Câmaras Técnicas Regionais de Recursos Humanos do CONASS, na forma seguinte:

1. Objetivo

A Câmara Técnica Nacional de Recursos Humanos tem por objetivo formular propostas de políticas e estratégias específicas relativas a experiências e integração nas áreas de preparação, regulamentação e gestão de recursos humanos, nos âmbitos estadual, regional e nacional, visando à qualidade da atenção prestada à população.

2. Composição

2.1. A Câmara Técnica Nacional será composta pelos Dirigentes de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde das Unidades Federadas, um representante da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde e um representante do CONASEMS.

2.2. A Câmara Técnica Regional de Recursos Humanos será composta pelos Dirigentes de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde e um representante do CONASEMS da respectiva região.

2.2.1. A Câmara Técnica Regional terá um coordenador eleito pelos seus pares entre os Dirigentes Estaduais de Recursos humanos que compõem.

2.3. A Coordenação Nacional de Câmara Técnica de Recursos Humanos do CONASS será composta pelos coordenadores das Câmaras Técnicas Regionais.

2.3.1. A Coordenação Nacional escolherá, dentre os seus membros, o Coordenador da Câmara Técnica Nacional.

3. Competências e atribuições

Serão definidas em regulamento específico, a ser submetido à Assembléia do CONASS.

4. Periodicidade

A Câmara Técnica de Recursos Humanos se reunirá de acordo com a agenda aprovada pela Assembléia do CONASS ou quando convocada por seu presidente.

ARMANDO RAGGIO

Presidente do CONASS

6.6. Instrumentos de coleta de dados

I. Roteiro para entrevista com o Gestor Estadual

I. IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR

1. Nome:

2. Formação:

3. Faixa Etária:

() 21 a 30 anos

() 31 a 40 anos

() 41 a 50 anos

() 51 a 60 anos

() 60 ou mais

4. Experiência Profissional Anterior:

5. Experiência de Gestão:

II. SOBRE A ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

1. Como encontrou a área de RH em seu Estado?

2. Quanto à contratação de recursos humanos há problemas? Quais?

3. Já formulou uma proposta para a área? () Sim () Não

4. Qual é a vinculação da área de recursos humanos na Secretaria de Estado da Saúde?

() Estrutura direta da SES : Qual:

() Fundação de Apoio

() Outra

II. Modelo do Questionário - Levantamento nacional da situação de contratação de pessoal na área de saúde das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

UF:

Responsável pelo preenchimento:

Cargo:

OBS.: Antes do preenchimento é importante uma leitura das orientações ao final do questionário

I. FINANCIAMENTO

1. Valor global da folha de pagamento:

1.1. Ativos

Recurso Tesouro do Estado	Recurso FUNDES	R\$ - Total Geral
_____	_____	_____

1.2. Inativos

R\$ - Total Geral:

2. Tabela de cargos e salários atualizada de recursos humanos da saúde *

Categorias por nível de ocupação	Nível Superior	Nível Médio	Nível Elementar	Valor Global das remunerações
_____	_____	_____	_____	_____

* Anexar a tabela de cargos e salários atualizada dos profissionais por categoria e nível profissional.

II. RECURSOS HUMANOS EXISTENTES

1. Ativos

	Gestão Direta	Gestão Indireta
Total		

1.1. Quantidade de recursos humanos por nível de ocupação em Gestão Direta

	Nível Superior	Nível Médio	Nível Elementar
Total			

1.2. Recursos Humanos por regime jurídico em Gestão Direta

	Nível Superior	Nível Médio	Nível Elementar
Cargos em comissão			
RJU (Estatutário)			
CLT (celetistas)			
Cooperativas			
Contrato por tempo determinado ou em caráter emergencial			

Outras formas de vinculação:

Especifique:

1.3. Recursos Humanos contratados em Gestão Indireta

	Nível Superior	Nível Médio	Nível Elementar
Contratos com empresas			
Fundações de apoio			
Autarquias			
Entidades em geral (ONGS, Organizações Sociais e associações em geral)			
Outros convênios			

Outras formas de vinculação:

Especifique:

2. Inativos

Total:

III. GESTÃO ADMINISTRATIVA DE RECURSOS HUMANOS:

1. A Gestão de Recursos Humanos é vinculada a SES?

- Sim (Especifique)
 Não (Especifique a vinculação)

Planejamento e organização do acesso de profissionais

- Planejamento de Concursos SES Outra: Especifique
Execução de Concursos SES Descentralizado Centralizado
 Outra: Especifique
Ano de Realização do Último Concurso: Geral Específico para a saúde

Gestão da folha de pagamento

- Processamento SES Outra: Especifique
Pagamento SES Outra: Especifique

Avaliação de desempenho

- Sim Não Outra: Especifique

2. Existem demandas /ações relacionadas à forma/modalidades de contratação de pessoal envolvendo o Ministério Público ou Justiça Estadual Federal nas seguintes condições:

- Termo de ajuste de conduta Sim Não
Ação Civil Pública Sim Não
Liminar Judicial Sim Não

3. Qual o objetivo da liminar?

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

I. FINANCIAMENTO

1. Valor global da folha de pagamento :

1.1. Inativos

Especificar em Valor Global dos Recursos do Tesouro o valor total para o pagamento dos salários e em Recursos FUNDES especificar gratificações e incentivos.

1.2. Inativos: especificar valor global dos gastos com o pagamento de inativos. Se necessário consultar a Secretaria Estadual de Fazenda ou fonte pagadora.

2. Tabela de cargos e salários atualizada de recursos humanos da saúde

Anexar a tabela de cargos e salários atualizada dos profissionais por categoria e nível profissional.

II. RECURSOS HUMANOS EXISTENTES:

“Computar o total dos profissionais específicos da área de saúde e das áreas meio (administrativos) por nível de ocupação na SES.

“Desconsiderar as modalidades de contratação através de empresas terceirizadas. Ex.: limpeza, lavanderia, alimentação, segurança, etc.

“Outras formas de vinculação (para Gestão Direta e Indireta): relacionar outras formas de contratação que não se enquadram na tabela. Ex.: bolsistas, estagiários, residências, aprimoramento, etc.

2 Inativos: relacionar a quantidade total dos funcionários inativos

III. GESTÃO ADMINISTRATIVA DE RECURSOS HUMANOS:

1. A Gestão de Recursos Humanos é vinculada a SES?

Se sim informar denominação do órgão: superintendência, diretoria, coordenadoria, outro.

3. Levantamento da organização, estrutura e ações da área de recursos humanos das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

I. IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DE RECURSOS HUMANOS:

a) Nome:

b) Cargo:

Nomeado em : / /

c) Ano de Nascimento :

d) Gênero: M () F ()

e) Grau de Escolaridade:

Modalidades	Área de formação
<input type="checkbox"/> Segundo grau	
<input type="checkbox"/> Graduação	
<input type="checkbox"/> Especialização	
<input type="checkbox"/> Mestrado	
<input type="checkbox"/> Doutorado	

f) Marque o vínculo que mantém com a SES:

Estatutário

Estatutário/função gratificada

Estatutário/DAS ou cargo Comissionado

DAS/cargo comissionado

CLT

Terceirizado

Prestador de Serviço

Outro, especificar:

g) Assinale o tempo que trabalha na Instituição:

Menos de 1 ano

De 1 a 5 anos

De 6 a 10 anos

Mais de 10 anos

h) Há quanto tempo trabalha na área de recursos humanos ?

i) Áreas de recursos humanos em que possui maior experiência:

- () Gestão
- () Planejamento
- () Avaliação
- () Desenvolvimento
- () Normatização/ regulamentação
- () Assistência/benefícios ao servidor
- () Área administrativa/financeira

II. CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS

a) Denominação do órgão que você atua:

b) Nível de subordinação da área em relação ao titular da SES:

c) O órgão de RH mantém colaboração com quais áreas ? Destaque as principais:

Outros órgãos da própria SES:

Órgãos externos a SES:

d) Número de trabalhadores do órgão de RH que estão sob à sua coordenação direta:

e) Especifique por nível de escolaridade o seu quadro de pessoal:

Escolaridade	Quantitativo
() Pós-Graduação	
() Graduação	
() Médio	
() Elementar	

f) Enumere por ordem de prioridade as principais atribuições do Órgão:

- () Administração de pessoal (recrutamento, lotação, transferências, enquadramento, etc.)
- () Planejamento/Avaliação
- () Gestão
- () Desenvolvimento
- () Ordenação de despesa
- () Coordenação, Representação
- () Assessoria
- () Outras, especificar:

g) Descreva sucintamente o organograma de sua secretaria e a inserção da área de RH na hierarquia: (Anexe o organograma ao questionário, por favor)

h) O órgão de RH possui Plano de Ação/Programa formulado e formalizado ?

(Anexe o plano ou programa ao questionário, por favor)

Sim, especifique o ano de elaboração:

Não

i) Assinale e descreva em linhas gerais a estrutura física e recursos disponíveis para atuação do órgão:

Instalações físicas próprias:

Informatização (equipamentos, software, programas, acesso à internet):

Centro de treinamento:

Recursos para ensino à distância:

Recursos didáticos:

j) Há no órgão de RH um sistema de informação específico para RH ?

Sim Não

Recursos Financeiros para Desenvolvimento (não inclui a folha de pessoal)

l) Existem recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/formação no órgão de RH?

Sim Não (passe para o quesito 3)

m) Quem autoriza a despesa ?

n) Informe os valores solicitados:

Recursos financeiros/ano: Total: R\$

Custeio/ano: R\$

Investimentos/ano: R\$

Serviços de terceiros

Pessoa física: R\$

Pessoa jurídica: R\$

o) Qual é o percentual destes recursos em relação ao orçamento global da SES?

III. PROCESSO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

a) Na sua opinião quais são os cinco principais problemas de RH na SES:

b) Assinale as principais fontes de informação que utiliza para o gerenciamento no órgão de RH com mais frequência:

Publicações ou Revistas especializadas

Diário Oficial

SIAPE

Sistema de RH estadual

Internet

Outras, especificar:

c) Existe processo de planejamento no órgão de RH?

Sim Não (passe para o quesito 4)

d) Em caso afirmativo, está formalizado:

Sim Não

Método adotado:

Instrumentos:

Processo de acompanhamento e avaliação ?

Sim Não

IV. GESTÃO DO TRABALHO

a) Existe plano de cargos, carreira, empregos e salário na SES ? (Anexe o PCCS em forma de lei, por favor)

Sim Não (passe para o quesito 4.1)

b) O PCCS está em execução?

Sim Ano de implantação:

Em caso negativo, especifique o motivo:

c) Características do Plano

Instrumento legal:

Abrange todos os níveis (gerencial, técnico e administrativo)?

Sim Não, cite os níveis não beneficiados:

Engloba todas as categorias profissionais?

Sim Não, cite as categorias não beneficiadas:

d) Existe proposta de modificação?

Sim, por quê ?

Não

IV.1. A SES não possui plano:

a) Existem propostas em discussão?

Sim Não (passe para o quesito c)

b) Descreva em linhas gerais as principais características e as modalidades de vínculos da proposta. (Anexe a proposta ao questionário, por favor)

c) O órgão utiliza outros instrumentos para gestão do trabalho?

Sim, Especificar:

Não

V. POLÍTICAS DE INCENTIVO

(Incluem-se gratificação por produtividade, difícil acesso, abono , desempenho e outros tipos usuais)

a) Existe alguma política de incentivos? (Anexe ao questionário a proposta / regulamentação, por favor)

Sim Não (passe para o item 6)

b) De que tipo?

Financeiro Funcional Ambos

c) Abrange todas as categorias profissionais?

Sim Não, cite as não beneficiadas:

d) Assinale a fonte de recursos utilizada:

- Tesouro
- Tesouro + Outras fontes
- Outras fontes , especificar:

e) Valor: Global da despesa/ano: R\$

VI.AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PROFISSIONAL

a) Na SES existe sistema de avaliação de desempenho?

- Sim (Anexe ao questionário o instrumento de avaliação, por favor)
- Não (passe para o item 7)

b) Descreva em linhas gerais a metodologia e o instrumento utilizados:

c) Quem faz a avaliação de desempenho?

- a própria SES
- Chefias imediatas treinadas
- Chefias imediatas sem treinamento
- pessoal treinado do órgão de RH
- empresa terceirizada(informar empresa):
- outros:

VII. DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

a)Quais as áreas de desenvolvimento /formação que o órgão de RH coordena e executa?

b)Outras áreas da SES executam ações de desenvolvimento (capacitações e desenvolvimentos) independente do órgão de RH?

- Sim, especificar:
- Não

c)Quais são as áreas prioritárias para o desenvolvimento de RH no primeiro ano?

d) Que ações que estão sendo executadas atualmente?

e) Há instâncias integradas de planejamento e coordenação que elaboram, com outras áreas técnicas da SES, propostas de ação em RH ?

() Sim, Quais?

() Não

VII.1. Formação de Recursos Humanos

a) O órgão de RH possui articulações e/ou parcerias e/ou programas que estão sendo desenvolvidos em conjunto com outras instituições/secretarias? (Ex: Pólos de capacitação)

() Não () Sim, quais?

b) Marque os programas de formação que a SES desenvolve :

() Mudanças curriculares

() Programas de integração ensino/serviços

() Programas de extensão

() Residência médica, áreas: _____ vagas: _____

c) Enumere nas diversas modalidades de cursos a participação da SES:

Descrição	Participação da SES: 1. Coordenação; 2. Planejamento; 3. Financiamento; 4. Avaliação; 5. Execução; 6. Todas as etapas.
1. Pós-Graduação: Atualização Aperfeiçoamento Especialização Mestrado Doutorado 2. Superior: 3. Nível Médio: Profae Proformar Outros, especificar: 4. Nível elementar: Especificar:	

VIII. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

a) 1. A SES gerencia RH?

Somente da SES Do SUS Federais Estaduais Municipais

a) 2. A SES desenvolve RH?

Somente da SES Do SUS Federais Estaduais Municipais

b) Como é executado o processo de municipalização/estadualização/federalização de RH ?

c) Existe ato legal para esta ação?

Sim, Quais?

Não

IV. Questionário aos atores-chave da CTRH/CONASS

Data:

Nome:

Formação:

Experiência Profissional:

Período de participação na CT:

- 1.** Você poderia fazer um relato pessoal dos principais momentos da história da Câmara Técnica?

- 2.** Como você avaliaria o funcionamento da Câmara Técnica do Conass?

- 3.** Quais os principais fatores facilitaram do funcionamento da CT

- 4.** Quais os fatores dificultaram?

- 5.** Quais as principais contribuições da CT para a Política de RH do Conass?

- 6.** Que temas não tratados ou enfrentados pela CT você acha relevante para a atual agenda de Recursos Humanos no âmbito do SUS?

- 7.** Os Gestores Estaduais estão assumindo em 2003 dentro de um novo cenário político no âmbito da Gestão Federal. Na sua opinião quais os principais pontos de RH deveriam ser pautados pelo Conass.

7. GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH - Autorização para Internação Hospitalar

AMS - Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

ANS/MS - Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde

Anvisa/MS - Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

Apac - Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade e Alto Custo

Cenepi/Funasa - Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde

CGPRH/SPS - Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos da Secretaria de Políticas de Saúde

CLT- Consolidação das Leis do Trabalho

CODEFAT- Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador

Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Conass - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CTRH-Camara Técnica de Recursos Humanos do CONASS

DATASUS/MS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde

DN - Declaração de Nascido Vivo

DO - Declaração de Óbito

DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESB - Equipe de Saúde Bucal

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

FAT- Fundo de Amparo ao Trabalhador

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

Funasa/MS - Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDB - Indicadores e Dados Básicos de Saúde

IRA - Infecção Respiratória Aguda

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOB/RH- Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

OMS- Organização Mundial de Saúde

Opas - Organização Pan-Americana da Saúde

PAB - Piso de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCCS- Plano de Cargos, Carreiras e Salários

PEA - População Economicamente Ativa

PIB - Produto Interno Bruto

PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROESF-Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da FamíliaPSF- Programa de Saúde da Família

Ripsa- Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RMs - Regiões Metropolitanas

RNIS - Rede Nacional de Informações em Saúde

RJU- Regime Jurídico Único

SAS/MS - Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde

SADT-Serviços de Diagnóstico e Terapêutico

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SIGRH- Sistema de Informações Gerencial de Recursos Humanos

Siab - Sistema de Informações de Atenção Básica

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Sinan - Sistema de Informações de Agravos de Notificação

Sinasc - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Siops - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde

SI-PNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

SIRH - Sistema de Informações de Recursos Humanos

SIS/MS - Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde

SPO - Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

SPS/MS - Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Unesco - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

8. APÊNDICE: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTADOS SEGUNDO OS ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICO, DEMOGRÁFICO, EPIDEMIOLÓGICO E DE EMPREGOS EM SAÚDE

- 8.1.** Notas Metodológicas
- 8.2.** Descrição dos Indicadores
- 8.3.** Síntese dos Estados segundo dimensões e categorias pré-selecionadas
- 8.4.** Tabelas
- 8.5.** Gráficos
- 8.6.** Pessoal de nível superior ocupado em estabelecimentos de saúde, por jornada de trabalho e vínculo com o estabelecimento, segundo a ocupação – todos os Estados

Analisaremos duas dimensões com suas respectivas categorias para subsidiar o entendimento das características gerais de cada unidade da Federação. Ressalta-se, no entanto, que, pela complexidade dessas dimensões, optou-se pela seleção de um conjunto de indicadores usando fontes acessíveis como o IDB/RIPSA disponível na Internet pelo DATASUS e as pesquisas desenvolvidas pelo IBGE (Censo Demográfico, Pesquisa de Amostra de Domicílios e a Pesquisa Assistência Médico Sanitária, ambas publicadas recentemente). No segmento "determinantes de saúde", incluem-se indicadores relativos a cada Estado nos seguintes aspectos: demografia; condições sócio-econômicas da população residente; cobertura e acesso aos serviços de saúde e condições sanitárias dos domicílios (item 8.3). A segunda dimensão trata da estrutura do sistema que contempla a oferta e a disponibilidade dos recursos humanos, itens que encontram-se mais detalhados no item 8.6 deste apêndice.

Aspectos demográficos

Com uma área de cerca de 8,5 milhões de km² e uma população de 176 milhões de habitantes (2003), o Brasil tem uma densidade populacional de 19,9 hab/km², que entre as Regiões apresenta uma disparidade de extremos (78,2 no Sudeste e 3,4 no Norte hab/km²). Entre as unidades da Federação destacam-se o Distrito Federal, com a maior densidade populacional do País (352,2 hab/km²), e o Rio de Janeiro (328,0 hab/km²) (Tabela 1).

A organização político administrativa compreende 26 Estados e o Distrito Federal e 5.561 municípios, divididos em cinco Regiões geográficas – Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste – com diferentes realidades demográficas, econômicas, sociais, culturais e sanitárias que, combinadas historicamente, construíram um mosaico caracterizado por profundas desigualdades.

A Região Norte é formada pelos Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, correspondendo a 45,3% do território brasileiro. Possui 9.441.765 habitantes, o que representa 7,6% da população do País, com uma expectativa de vida geral de 68,8 anos, sendo de 72,1 anos para as mulheres e 65,9 anos para os homens. Sua densidade demográfica é a mais baixa entre todas as Regiões. A maior parte da população desta Região (69,8%) é urbana, sendo Belém, capital do Estado do Pará, sua maior metrópole.

A Região Nordeste inclui os Estados do Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia, o que corresponde a 18,3% da

área total do País. Sua população totaliza 48.457.827 habitantes, representando 28,1% do País. A expectativa de vida é a menor entre as Regiões, correspondendo a 66,1 anos, sendo que a relativa às mulheres é bem mais elevada, 69,2, contra 63 anos para os homens. Tem densidade demográfica de 30,7 hab/km² e a maior parte da população concentra-se na zona urbana (70,5%). As principais metrópoles regionais são as cidades de Salvador, capital do Estado da Bahia, Recife, capital do Estado de Pernambuco, e Fortaleza, capital do Estado do Ceará.

A Região Sudeste é composta pelos Estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, ocupando 10,9% da área do território brasileiro, possui quase a metade da população do País, 42,6%, o correspondente a 73.733.218 habitantes, com uma expectativa de vida de 69,8 anos. Por gênero, este indicador é bem mais relevante para as mulheres, com 74,6, ficando os homens com 65,3, quase dez anos menos de vida. A região, além de possuir a maior densidade demográfica, é quase toda urbana, com um índice de 91,5%. Abriga as maiores metrópoles do país, as cidades de São Paulo, do Rio de Janeiro e de Belo Horizonte.

A Região Sul apresenta a menor área ocupando apenas 6,75% do território brasileiro. Tem uma população de 25.514.328 habitantes, com expectativa de vida de 71,3 anos, a maior do Brasil, as mulheres ostentam um índice ainda maior que a região, 75,3 e os homens, 67,5 anos. A densidade demográfica é de 43,5 hab/km² e 81,4% da população vivem no meio urbano.

A Região Centro Oeste ocupa 18,86% do território brasileiro, é formada pelos Estados de Goiás, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e o Distrito Federal. A população é de 11.938.413 habitantes, com densidade demográfica de 7,2 hab/km². A maioria – 86,7% dos habitantes - se concentra na zona urbana. A expectativa de vida nesta região é de 69,7 anos, sendo que para as mulheres o índice é de 73,2 e para os homens 66,5 anos de idade.

Transição demográfica

O Brasil vem passando por uma transição demográfica nos últimos anos, com forte redução da fecundidade em todas as regiões do País. Paralelamente, houve redução da mortalidade infantil, com diferenciais importantes entre áreas espaciais e estratos sociais, e aumento da esperança de vida ao nascer. O efeito conjunto dessas alterações no quadro demográfico brasileiro vem provocando um progressivo envelhecimento da população, gerando impactos com desdobramentos na pauta de demandas básicas, econômicas e sociais. A participação de crianças e jovens na população total, por exemplo, declinou de 33,8% em 1991 para 28,5% em 2002. Em contrapartida, a proporção dos idosos elevou-se de 7,3%, para 8,5% no mesmo período. Este perfil demográfico se verifica em todas as Regiões sendo seu processo mais acentuado nos Estados do Sudeste e Sul do País.

Em relação à fecundidade, permaneceram ainda os padrões diferenciados por Região, entretanto com uma maior aproximação entre eles: a menor fecundidade verificase no Sudeste (2,1 filhos por mulher), enquanto o Norte e o Nordeste possuem taxas de 3,2 e 2,7 filhos por mulher, respectivamente. Ressalta-se, no entanto, que no início da década de 90 esta taxa era 4,0 nestas Regiões. Os Estados do Norte sobressaem com taxas bem acima da média nacional (2,4), variando entre 3,6 no Amapá até 2,7 em Rondônia. Os Estados do Rio de Janeiro e o Distrito Federal ostentam as menores taxas de fecundidade, 2,0 filhos por mulher.

Paralelamente, a taxa de natalidade, que mede a proporção de nascidos vivos em relação à população total, caiu de 23 nascimentos por 1.000 habitantes em 1992, para 20,9 em 2001, refletindo a queda proporcional do número de nascimentos. Os Estados do Sudeste e Sul possuem taxas inferiores, em torno de 18,5, enquanto os Estados do Norte ficam num patamar 10 pontos mais elevado (28,5).

Nesse mesmo período, o aumento da proporção da gravidez na adolescência generalizou-se para todos os Estados, no Nordeste, o aumento dos partos de mães entre 15 a 19 anos foi da ordem de 40% enquanto os Estados da Região Centro-Oeste apresentaram os menores índices, algo em torno de 7%.

A expectativa de vida de homens e mulheres, por exemplo, é um indicador inequitativo - varia de acordo com o desenvolvimento da Região onde residem – desta forma, a Região Sul é a que oferece a maior esperança de vida ao nascer para ambos os sexos. Por sua vez, o Nordeste, tem a menor expectativa de vida para ambos os sexos. O Sudeste apresenta a maior disparidade entre os sexos, uma diferença de 9,3 anos. Os Estados em linhas gerais possuem o mesmo perfil das Regiões a que pertencem.

Os dados de mortalidade geral proporcionam elementos de suma importância no conhecimento dos níveis de saúde da população, além de fornecerem subsídios para o planejamento das ações das políticas de atenção à saúde dos distintos segmentos populacionais. Os indicadores de mortalidade também declinaram nos últimos anos, resultado obtido, em grande medida, pelos avanços na área médico sanitária (Simões, 2003). Em 1992, por exemplo, a taxa bruta de mortalidade estava em torno de 7,5% e declinou, em 2001, para 6,9%. Entre os Estados, destacam-se o Rio de Janeiro e quase todos que pertencem a Região Nordeste, que possuem taxas de mortalidade acima da média nacional: 7,1% e 7,5%, respectivamente.

Independentemente do sexo, as doenças do aparelho circulatório sobressaem como a principal causa de óbitos no País (28,8% para homens e 36,9% para mulheres), em todas as regiões e Estados. O Rio Grande do Sul, em particular, se destaca com as maiores proporções, responsável por 40% do total de óbitos do sexo feminino. As neoplasias e as doenças do aparelho respiratório vem logo em seguida, principalmente, entre as mulheres, embora em patamares menos elevados. Em termos percentuais, na média nacional, as primeiras contribuem com 16,6% dos óbitos totais das mulheres,

contra 13,7% nos homens, enquanto a segunda é responsável por 11,7% dos óbitos femininos e de 10,4% dos masculinos.

Estudos¹ vêm mostrando uma tendência de queda em todo o País da mortalidade infantil, principalmente naquelas áreas e Regiões onde os níveis eram mais elevados. Em 2002, os dados apontam para o Brasil uma taxa de 28,7 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos. Alerta-se, entretanto, que as taxas do Nordeste são ainda muito elevadas (43,0), principalmente nos Estados de Alagoas (60,0), Maranhão (47,6), Paraíba e Pernambuco (46,5 em média). As menores taxas encontram-se nos Estados das Regiões Sul e Sudeste, com destaque para o Rio Grande do Sul (15,7), Santa Catarina (17,5) e São Paulo (18,0), Estados que, historicamente, contam com uma maior oferta de serviços básicos de educação, saneamento e saúde e conseguiram, ao longo dos anos, reduções importantes neste componente.

Em relação as gestantes que realizaram mais de sete consultas no período pré-natal, de um modo geral, as proporções

são extremamente baixas nos Estados do Norte e Nordeste, com índices regionais, respectivamente, de 25,8% e 32,9%, enquanto a média nacional é de 46,0%. Mesmo nas Regiões mais desenvolvidas, os índices são superiores a 50%, sendo que em apenas três Estados (São Paulo, Mato Grosso do Sul e Paraná) essas cifras ficam em torno de 60%, ou seja, menos da metade das mulheres fazem acompanhamento completo do pré-natal com médico ou enfermeiro durante sua gravidez, reduzindo-se assim os riscos potenciais de mortalidade das crianças.

Os indicadores sociais² publicados em 2003 pelo IBGE apontam que ocorreram avanços significativos nesta área ao longo dos últimos dois anos. Apesar das melhorias, o quadro ainda não é completamente satisfatório quando inserido na perspectiva das desigualdades estaduais. Problemas que antes eram comuns a todos os Estados começaram a perder relativamente importância nas áreas mais desenvolvidas do País, mantendo-se, no entanto, naqueles Estados onde o perfil de carências sociais é mais significativo, como alguns que pertencem ao Norte e Nordeste do País.

1 Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Celso Simões, 2002.

2 Ver mais detalhes em : Síntese de Indicadores Sociais 2002, IBGE, Rio de Janeiro:IBGE,2003.

Condições sócio-econômicas

A renda per capita em 2003 foi de 4.271 dólares no Brasil e o grau de pobreza de 28%. A população economicamente ativa totaliza 83,2 milhões de pessoas e a ocupada, 75,4 milhões. As categorias de empregados e trabalhadores por conta própria formam a maior parcela da população ocupada, 47,8% e 22,3%, respectivamente. A crescente presença feminina no mercado de trabalho permite inferir que cada vez mais as mulheres assumem importância como provedoras de renda na família (em 2002 alcançaram 48,9% dos empregos no mercado de trabalho). A participação de trabalhadores de 10 a 14 anos declinou de 22,4% em 1992 para 13,2% em 2002. A taxa de desemprego apesar de vir se reduzindo ao longo dos anos, ainda permaneça alta, em torno de 6,2. Como uma medida da desigualdade no mercado de trabalho, foi feita pelo IBGE uma análise do rendimento médio dos ocupados que estão entre os 10% mais ricos na distribuição de renda, verificou-se que estes ganham cerca de 18,31 vezes mais que o valor do rendimento dos 40% mais pobres. Enquanto os 40% mais pobres ganham em média R\$ 149,85, os 10% mais ricos apresentam um rendimento em torno de R\$ 2.744,30.

O nível de instrução da população vem, gradativamente, se elevando e, com isso, diminuindo as acentuadas disparidades regionais de analfabetismo que existiam em 1990. A taxa de escolarização para pessoas de 15 anos e mais passou de 12,4 para 17,2 em 2001. O maior índice de analfabetismo encontrava-se no Nordeste (24,4%) e, o menor nas Regiões Sudeste e Sul, com 7%. Verifica-se que o analfabetismo da população de 15 anos diminuiu nas áreas rurais e, em especial no Estado de Alagoas, passando de 53,4 para 30,6 no mesmo período. Há menos analfabetos no País, mas o contingente ainda é muito expressivo, corresponde a 14,9 milhões de pessoas de 15 anos e mais, uma das maiores taxas da América Latina (WHO, 2001).

Apesar da boa performance nos indicadores, a escolaridade da população de dez anos ou mais de idade ainda é baixa, principalmente a população economicamente ativa (PEA). No País, a média de anos de estudo é de apenas 6,1 anos (7,3 para as mulheres contra 6,3 anos para os homens). Os Estados do Sudeste e do Sul e o Distrito Federal possuem uma média maior que a média nacional: 7,1 anos e 7,8 anos respectivamente. Nos Estados do Nordeste, a PEA possui 4,7 anos de estudo, bem inferior à média nacional.

O setor Saúde

Disponibilidade de Recursos Humanos na Saúde

Os indicadores sobre a oferta de recursos humanos por mil habitantes apontam que as melhores relações para todas as categorias profissionais estão concentradas na Região Sudeste (Tabela 2). Os Estados do Norte, com exceção de Roraima, possuem menos de um médico por mil habitantes, enquanto o Estado do Rio de Janeiro detém a maior relação 3,43 médicos/mil habitantes. A distribuição dos odontólogos é bem inequitativa se comparada às outras profissões de nível superior – as relações por contingente profissional referentes às Regiões Nordeste e Norte mostram que existe menos de um odontólogo por mil habitantes enquanto nos demais Estados as taxas são bem superiores a média nacional (1,06 odontólogos por 1.000 hab), com exceção do Mato Grosso (0,8). Os enfermeiros obedecem ao mesmo perfil, chama atenção que o Estado da Paraíba possua a mesma relação que o Estado de São Paulo (0,74). Quanto aos demais profissionais da equipe de enfermagem há um certo equilíbrio na distribuição entre as Regiões. Mas, destacam-se em alguns Estados a taxa de técnicos por habitantes como: Tocantins, (1,87); Rio de Janeiro (2,24) e Rio Grande do Sul (2,04). Em relação aos auxiliares de enfermagem os Estados com a maior relação são o Rio de Janeiro (4,35), São Paulo (3,79) e Ceará (2,3). O Distrito Federal não detém o maior quantitativo de empregos de saúde da Região Centro Oeste, no entanto, detém as melhores relações de profissionais por habitantes em todas as categorias.

Para facilitar a compreensão dos empregos e analisá-los sob diferentes aspectos, faz-se necessário uma pequena descrição da conformação da capacidade instalada no Brasil.

Capacidade instalada

Os serviços de saúde

Os dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária demonstram que existem 65.343 estabelecimentos de saúde em atividade no Brasil: 57.946 ambulatoriais³ (sem internação) e 7.397 hospitalares. Se comparados com os dados da AMS 1992, verifica-se que houve um crescimento na capacidade instalada na ordem de 31,5%. Os Estados que mais se destacaram foram o Distrito Federal (121,8) e Maranhão (82,6), entre outros (Tabela 3, Gráfico 1).

³ Neste total estão inseridos os 11.518 serviços de apoio de diagnóstico e terapia.

A rede ambulatorial expandiu-se em 37,2% no período de 1992 a 2002, determinando o perfil da curva ascendente do número de estabelecimentos. É constituída por unidades que prestam atendimentos em clínicas básicas, de pequeno porte, regionalmente concentradas no Norte e no Nordeste do País, e a sua rede é predominantemente pública. O Distrito Federal foi a unidade federativa com a maior variação (136,5%) enquanto Rondônia teve a menor (1,7%) nesta modalidade de atendimento.

Já os estabelecimentos com internação (hospitalares) apresentaram um declínio de (-0,4%) e, pode-se dizer que seguem uma tendência de estabilidade segundo o IBGE. Estes estabelecimentos respondem por mais de 70% dos hospitais de médio e grande porte e detêm em torno de 80% do total de leitos existentes para internação.

Observou-se que a expansão dos estabelecimentos de saúde aconteceu em todas as regiões, atingindo um movimento mais expressivo nos últimos dois anos. Os Estados da Região Norte destacam-se com as maiores taxas de crescimento, enquanto todos os demais Estados do Nordeste, Sudeste e o Sul (com exceção de Santa Catarina) declinaram seu quantitativo neste segmento. Observa-se, também, redução da participação dos estabelecimentos privados com internação no total de estabelecimentos ao longo dos anos: de 71,5% em 1992 cai para 65,0% em 2002. Isto significa, em contrapartida, uma tendência de redução da diferença público/privado no conjunto dos estabelecimentos com internação, decorrente, não somente da redução do setor privado, mas também relacionada a um aumento do próprio setor público, principalmente, naquelas áreas e regiões, onde as condições por serviços de saúde eram maiores (Norte e Nordeste).

O comportamento dos leitos para internação

O comportamento dos leitos acompanha a mesma tendência de queda apresentada pelos estabelecimentos com internação, pois há uma relação direta entre essas duas variáveis. O número de leitos declinou de 544.357 para 471.171 no período de 1992 a 2002, significando uma redução de 13,4%, que equivale a uma perda de 1,47% ao ano (Tabela 4 e Gráfico 2).

O setor privado foi o mais afetado, perdendo quase oito pontos na sua participação (alterando de 75,2% para 69,0%). Isto significa menos 83.891 leitos no período. O setor público sofreu menores alterações, registrando um acréscimo de 11.239 leitos à sua capacidade instalada. Considerando as tendências nos Estados, verifica-se que, em linhas gerais, os Estados da Região Norte obtiveram as melhores ampliações variando de -4,1% em Rondônia a 39,5% no Pará. Isoladamente temos os Estados: Bahia (14%); Sergipe (10,4%); Piauí (10,2%); Mato Grosso e Mato Grosso do Sul (3,1% em média). Os demais Estados tiveram quedas relativamente acentuadas de leitos variando de (-30,6%) no Maranhão, a (-1,3%) no Distrito Federal.

A tendência de declínio também atingiu os leitos públicos em alguns Estados, mas, na média nacional houve uma pequena melhora (de 0,91 para 0,98 por 1.000 hab) no período de 1992 a 2002. Tais reduções podem estar refletindo as alterações ocorridas na organização e financiamento do setor saúde e na prática médica que resultaram na desativação de leitos e de estabelecimentos especializados, a exemplo das mudanças de critérios de internação de pacientes crônicos (como na psiquiatria, fora de possibilidade terapêutica, por exemplo), na redução nas médias de permanência de pacientes com diferentes patologias, além de terapias e procedimentos que foram redirecionados para tratamento ambulatorial, dispensando internação. Mas, em linhas gerais, o País apresenta uma relação bem acima da média estipulada pela Portaria GM nº 1.101/2002 do Ministério da Saúde, que é de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes. O indicador a nível Brasil era, em 2002, 3,15 leitos por 1.000 habitantes: Rio de Janeiro (3,40); Goiás (3,33); Paraíba (3,27); Mato Grosso do Sul (3,24), Rio Grande do Sul (3,19) e Paraná (3,03). O Gráfico 2 apresenta as relações dos Estados com taxas menores de 2,5 leitos por 1.000 habitantes situados nas Regiões Norte e Nordeste.

Considerando-se o número de leitos por 1.000 habitantes, observa-se um decréscimo deste indicador em todas as Regiões. Para o total Brasil a variação foi de 3,65 em 1992 para 3,15 em 2002, o que representa uma pequena redução. A perda mais significativa foi nos Estados onde a disponibilidade de leitos em relação aos habitantes era anteriormente mais elevada: no Sudeste – o Estado do Rio de Janeiro que possuía a melhor relação em 1992 (5,14) ficou, em 2002, com um índice de (3,4); no Centro-Oeste, o Estado de Goiás de 5,16 passa para 3,33 leitos por 1.000 habitantes. O mesmo desempenho obteve São Paulo, seguido pelos Estados da Região Sul. Com este movimento, o perfil deste indicador tomou novas dimensões em 2002, ficando a Região Sul com a melhor relação (3,08 leitos por hab) e Centro Oeste (3,05). Com menores valores, mesmo com a ampliação dos leitos privados, ficam o Norte (2,05 %) e o Nordeste (2,5).

Os empregos em Saúde

Neste estudo, foram utilizados fundamentalmente os campos da Pesquisa de Assistência Médico Sanitária que guardam relação com a evolução das ocupações no período recente. Ou seja, aqui proporemos apenas a especificação e análise referentes às funções desempenhadas por pessoal regularmente registrado no estabelecimento, que se insere diretamente na prestação do serviço, podendo deter ou não formação específica para o desempenho da função que exerce.

Em 2002, existiam 2.180.598 empregos vinculados aos estabelecimentos de saúde no Brasil, 54,7% no setor público (1.193.483 empregos) e 45,3% (987.115) no setor privado. Os empregos públicos estão nitidamente concentrado nas Regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Já os empregos privados dividem eqüitativamente com o setor público os empregos das Regiões Sudeste e Sul, 50,7% e 54,9%, respectivamente.

Regionalmente, mais da metade dos empregos de saúde encontra-se na Região Sudeste (1.046.239), seguida do Nordeste (523.221) e do Sul (324.215).

Nos Estados de Roraima, Acre, Amapá e o Amazonas a proporção de empregos públicos alcança mais de 80% do total da força de trabalho da região. Já nos Estados mais desenvolvidos, o setor privado detém quase 50% dos empregos, como Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro.

Em relação ao nível das ocupações, verifica-se que as de nível superior representam 33,5% do total, com 729.747 empregos; as de nível técnico e auxiliar 624.331 (28,6%), as de qualificação elementar possuem 244.809 (11,2%). As ocupações administrativas têm uma representação bem elevada na força de trabalho total em saúde, cerca de 26,7%, com 581.711 ocupações.

As Regiões Sudeste e Sul possuem as maiores concentrações (em torno de 36,5%) dos empregos de nível superior, acima da média nacional (33,5%). Destaca-se o Estado do Rio de Janeiro com o quadro mais qualificado entre todos os Estados do País, segundo dados da AMS 2002, 38,6% empregos de nível superior; 30,1% níveis técnicos e auxiliares e 5,2% de empregos em funções elementares. Temos de salientar que mesmo com o esforço das políticas de qualificação do pessoal de enfermagem do Ministério da Saúde, ainda existe um contingente expressivo de empregos elementares nos Estados das Regiões Norte e Nordeste, em torno de 20% do total.

Impressiona a baixa escolaridade dos empregos que compõem a força de trabalho dos Estados da Região Centro-Oeste (com exceção do Distrito Federal). Os Estados de Mato Grosso e Goiás têm pouca participação de nível superior e elevados índices em funções elementares, em média 29,5% e 17% respectivamente.

As tendências mais recentes no mercado de trabalho em Saúde – 1992 a 2002

A economia brasileira passou por profundas transformações nos anos 90, relacionadas, sobretudo, à reestruturação produtiva, à tentativa de ajuste recessivo no início da década e à política de estabilização de preços encaminhada desde o Plano Real. Tais alterações tiveram impactos expressivos sobre o mercado de trabalho. Estes impactos, conforme amplamente analisados pela literatura⁴, podem ser resumidos principalmente pela ampliação das taxas de desemprego, pelo aumento da precariedade dos postos de trabalho e pelo declínio dos rendimentos (Pires, 2002).

No entanto, o mercado de trabalho em Saúde comportou-se de maneira interdependente das políticas setoriais de empregos, alterando substancialmente o seu sistema produtor de serviços e a estrutura ocupacional, tanto no que diz respeito ao perfil

quantitativo como qualitativo da força de trabalho inserida neste setor. O dinamismo desse mercado revela-se no peso significativo que representa no ramo de serviços e ao seu elevado grau de formalização das relações de trabalho na área da Saúde e ainda, ao papel destacado que o setor público tem nas contratações deste segmento.

O peso do emprego e das rendas geradas em atividades de saúde cresceu ao longo da década e hoje representam mais de 10% da massa salarial gerada na economia formal brasileira. O setor absorvia, em 2002, 3,9% do total da população ocupada do setor serviços. Em 1992, havia um total aproximado de 1,4 milhão de empregos inseridos em estabelecimentos de saúde. Seguindo uma tendência de expansão, alcançou em 2002 um patamar de mais de 2,1 milhões de empregos com uma taxa de incremento de 51,6%, índice bastante elevado se comparado com o crescimento da PIB nacional, que obteve no mesmo período 1,5% a.a. de crescimento, segundo o IBGE. A questão dos empregos em Saúde também fez crescer sua importância para o conjunto da atividade privada. O setor de saúde suplementar, que cobre cerca de 36 milhões de beneficiários segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, introduziu mudanças⁵ estruturais no mercado, afetando diretamente os prestadores privados, quer sejam clínicas, hospitais, médicos autônomos que atuam em seus próprios consultórios. Desta forma, a expansão da medicina supletiva repercutiu não somente sobre as dimensões ocupacionais do setor Saúde, alterando seu peso em relação aos demais setores da economia, bem como na reconfiguração da distribuição institucional da força de trabalho.

Não podemos deixar de mencionar a contribuição importante no crescimento do mercado de trabalho em Saúde que teve a ampliação dos programas de Atenção Básica

⁴ Cf. Dedecca (1998 e 1999), Oliveira & Mattoso (1996), Cacciamali (1997), Mattoso (1995), Pochmann (1999) e Pires (2002).

⁵ Estimativas divulgadas pela ABRAMGE indicam que o setor de medicina suplementar movimentou cerca de 26 bilhões de reais anualmente (Farias, 2003)

nos últimos dois anos do governo Fernando Henrique Cardoso: o Programa Saúde da Família, que abriu oportunidades de trabalho para mais de 12,5 mil médicos, 12 mil enfermeiros e cerca de 25 mil auxiliares de enfermagem, e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, associados ou não ao PSF, com a criação de cerca de 104 mil empregos. Entre outros, destacamos o Programa de Saúde Bucal que permitiu uma abertura importante para as categorias odontológicas, incorporando cerca de 2,7 mil dentistas e outros 2,8 mil técnicos de higiene dentária ao mercado de trabalho (Dedecca et al, 2001).

De fato, ao gerar quase um milhão de empregos em dez anos, o setor saúde dá uma demonstração clara de que não é afetado pelos movimentos anticíclicos, nem tão pouco pela modernização tecnológica. Pelo contrário, segundo Nogueira (1999), neste setor o investimento tecnológico é, regra geral, acompanhado da necessidade de técnicos qualificados para lidarem com a nova tecnologia.

As tendências mais importantes deste mercado em linhas gerais foram:

Expansão da força de trabalho em saúde (Tabela 6 e Gráficos 2 e 3);

Maior participação do setor público na prestação dos serviços (Tabela 7);

Municipalização dos Empregos (Gráficos 5, 6 e 7);

Maior qualificação dos empregos (Tabelas 8 e 9 e Gráfico 8);

Ambulatorização dos empregos públicos nas Regiões Norte e Nordeste.

(Tabela 10 e Gráfico 9);

Crescimento dos empregos hospitalares (Tabela 11 e Gráfico 10);

Flexibilidade dos vínculos dos empregos nos três níveis administrativos (Tabelas 12 e 13).

Algumas Considerações Finais

Com a divulgação dos últimos dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária realizada pelo IBGE, pode-se ter uma visão geral do comportamento do Mercado de Trabalho em Saúde nos anos 90. O crescimento verificado nos empregos foi, com certeza, o resultado a merecer o maior destaque em qualquer análise que se faça, uma vez que a variação deste indicador foi a mais expressiva dos últimos tempos.

Em termos da sua evolução setorial, foi sem dúvida o crescimento dos empregos a nível municipal que alavancou o setor público ao patamar de maior empregador. O Norte e o Centro-Oeste foram as revelações da década, os índices foram altíssimos, como já visto. Este quadro é decorrente da forte pressão demográfica, tendo em vista que foram as regiões que mais cresceram segundo o Censo Demográfico 2000.

O diagnóstico da municipalização até 2002 não era negativo se comparado aos progressos trazidos com a descentralização. Nas cidades pequenas e médias houve uma melhoria sensível na qualidade do sistema, onde há, sem sombra de dúvidas, um maior

controle social, dificultando assim, a expansão do multi-emprego, particularmente na assistência médica supletiva privada, que cresceu com a crise dos serviços públicos.

A melhoria da situação macroeconômica sem dúvida contribuiu para o aumento da oferta e a atratividade do mercado de saúde. O SUS se consolidou com limites e contradições. Mesmo com alguns progressos alcançados nesse campo, como a reestruturação da rede de serviços, persistem, ainda, grandes desigualdades regionais na distribuição dos empregos, seja por tipo de estabelecimento, seja por categorias profissionais. Sem dúvida os municípios adquiriram maior capacidade de implementação, porém de forma diferenciada e heterogênea, não refletindo ainda melhores níveis de equidade.

Somados a estes fatores estruturais produziu-se uma tendência de terceirização e precarização das relações de trabalho. Onde havia vínculo empregatício para uma parcela de trabalhadores, encontram-se hoje contratos de prestação de serviços, ou seja, trabalho autônomo e cooperativas (Nogueira, 1999). O arcabouço institucional concebeu uma estrutura de incentivos que aumentou a flexibilidade de modo heterogêneo, onde há categorias mais vulneráveis e outras mais protegidas. Muitos dos novos programas de atenção básica dependem da criação de diferenciais de remuneração que de fato atuem como incentivadores do compromisso com a continuidade, qualidade e eficiência dos serviços prestados. Como acontece claramente no caso do PSF, tais programas tornam-se inviáveis se não existir dedicação de tempo integral por parte da equipe de saúde. Por razões diversas, esses incentivos não têm sido aplicados consistentemente aos quadros próprios, mas estão passando pela criação de “quadros paralelos” em cada instituição, através de formas variadas de terceirização. Parte dessa tendência à terceirização e cooperativização parece, em muito locais, ser a única alternativa disponível que resta ao gestor para manter certos programas em funcionamento.

8.1. Notas metodológicas

Fontes dos dados

Os dados constantes deste anexo são provenientes dos sistemas de informações do Ministério da Saúde disponibilizados pelo sistema do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e pesquisas realizadas, principalmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE - (<http://www.saude.gov.br>)

Responsável pela gestão dos diversos sistemas de informações de saúde de caráter nacional, por meio do Datasus, vinculado à Secretaria Executiva do Ministério (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtmap.htm>) que disponibiliza através de sua rede as seguintes fontes:

1.1. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – Criado em 1975, esse sistema levanta dados sobre os óbitos. O documento básico é a Declaração de Óbito (DO), que deve ser enviada para as Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde e também registrada em Cartório de Registro Civil. Apesar da obrigatoriedade, estima-se um sub-registro de cerca de 20% das DO. As informações sobre a causa de morte baseiam-se na Classificação Internacional de Doenças e os dados aqui apresentados utilizaram a 10ª Revisão, implantada desde 1996. O sistema é gerenciado pelo Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa) onde os dados são disponibilizados (http://www.funasa.gov.br/sis/sis01_sim.htm).

1.2. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) – Implantado a partir de 1990, o sistema levanta dados sobre os nascidos vivos, a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer. O documento básico é a Declaração de Nascido Vivo (DN). Com a mesma lógica que orienta o SIM, a DN deve ser enviada para as Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde e também registrada em Cartório de Registro Civil. Apesar da obrigatoriedade, estima-se que o Sinasc tenha um sub-registro de cerca de 7% dos nascimentos. O sistema é gerenciado pelo Cenepi, vinculado à Funasa (<http://www.funasa.gov.br/>).

1.3. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) – Desenvolvido para orientar as ações do programa nacional de imunização, esse sistema tem como documentos básicos os boletins mensais de doses aplicadas de vacinas e movimentação de imunobiológicos, as fichas de notificação de eventos adversos e o instrumento de supervisão. O sistema é gerenciado pelo Cenepi, vinculado à Funasa (<http://www.funasa.gov.br/>).

1.4. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) – Concebido originalmente como sistema de pagamento das internações realizadas nos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência, teve sua cobertura ampliada a todos os hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 1991. Não são incluídas, portanto, as internações custeadas diretamente ou por seguro-saúde, cobrindo, assim, cerca de 70% das internações realizadas no País. O documento básico é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que, preenchida pelo hospital, traz dados sobre idade e sexo de cada paciente internado, bem como diagnóstico de internação e de alta, procedimentos realizados, valores pagos e dados cadastrais do estabelecimento. O sistema é gerenciado pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br/sas>).

1.5. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) – O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido mensalmente pelas unidades ambulatoriais, contendo dados sobre o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional. A partir de 1997, o SIA/SUS passou a contar com um subsistema, cujo documento básico é a Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade e Alto Custo (Apac), que traz dados individualizados sobre esses procedimentos. O sistema é gerenciado pela SAS (<http://www.saude.gov.br/sas>).

1.6. Sistema de Informações de Atenção Básica (Siab) – Sistema destinado à coleta de informações aplicadas ao planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades dos agentes comunitários de saúde e das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF). O sistema utiliza três formulários para entrada de dados: um para cadastramento familiar e condições de moradia; outro para as informações de saúde; e o último com informações de produção e marcadores para avaliação. Os dados obtidos referem-se a áreas específicas, delimitadas segundo a capacidade de atendimento dos agentes comunitários ou das equipes do PSF, o que dificulta a comparação com outros sistemas de informação. O sistema é gerenciado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde – SPS (<http://www.saude.gov.br/sps>).

1.7. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) – Implantado a partir de 1999 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério Público Federal, organiza e executa a coleta, o processamento e a disponibilização de informações sobre receitas e gastos em saúde nas três esferas de governo. É gerenciado pela Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br/sis>).

1.8. Sistema de Cadastro de Beneficiários de Planos e Seguros Privados de Saúde – Instituído em 1999, é gerenciado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (<http://www.ans.gov.br>). Levanta dados sobre os beneficiários dos planos e seguros privados

de assistência à saúde oferecidos pelas pessoas jurídicas de direito privado, além de fornecer informações sobre a cobertura de beneficiários nas diversas modalidades de operadoras.

1.9. Instituto Nacional do Câncer (INCA) - Estima a Incidência de Neoplasias Malignas a estimativa consiste em projeções das informações obtidas de um conjunto de municípios que dispõem de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). Nesses municípios há um processo de consolidação dos registros de casos diagnosticados de neoplasias, utilizando diversas fontes de informação, como hospitais e laboratórios, disponibilizadas na Internet (www.inca.gov.br).

1.10. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) - fruto de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – formalizada em 1996 –, a Ripsa tem como propósito promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes. A rede congrega diversas entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados.

1.11. Indicadores e Dados Básicos de Saúde (IDB) – elaborados a partir da matriz de indicadores da Ripsa, essas informações permitem avaliar as condições de saúde da população brasileira, bem como suas causas e conseqüências, abordando aspectos demográficos, socioeconômicos e específicos de saúde. O IDB baseia-se em dados e informações gerados em parceria com as instituições-fonte, que fornecem anualmente os dados brutos. Alguns indicadores são gerados pela própria Ripsa – através dos Comitês de Gestão de Indicadores –, combinando dados de fontes distintas ou padronizando os resultados, como nos casos da taxa de mortalidade infantil e da taxa bruta de natalidade (vide nota técnica nos capítulos Mortalidade e Demografia). Os dados são divulgados, conforme a disponibilidade, para Brasil, Regiões, Estados, Regiões Metropolitanas e Capitais (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2001/matriz.htm>).

2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)

(<http://www.ibge.gov.br>) – Responsável pela produção de estatísticas nacionais demográficas e socioeconômicas.

2.1. Censo Demográfico – O Censo é uma pesquisa domiciliar realizada, em geral, a cada dez anos, que produz resultados para o conjunto da população, sobre aspectos demográficos, sócio-econômicos e características dos domicílios. Possui um questionário básico – universo –, que identifica o contingente populacional e levanta dados de educação e renda do chefe da família, e um outro para amostra, que levanta dados socioeconômicos mais detalhados sobre todos os moradores e o domicílio. Tais resultados têm validade para as unidades da Federação, os municípios e os distritos. Os dados gerais sobre população aqui utilizados – os aspectos referentes a sexo, idade, situação urbana e rural e analfabetismo – foram obtidos dos resultados do universo do Censo 2000.

2.2. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – A pesquisa levanta dados de natureza demográfica e sócio-econômica, abordando temas como educação, trabalho, rendimentos, habitação, entre outros. É realizada anualmente nos períodos intercensitários com uma amostra que representa todas as unidades da Federação e nove Regiões Metropolitanas (Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre), exceto as áreas rurais dos seguintes Estados da Região Norte: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia e Roraima.

2.3. Sistema de Contas Nacionais – Coordenado pelo IBGE, órgão responsável pela definição da metodologia aplicada em todas as unidades da Federação, esse sistema levanta dados referentes a produção, consumo, acumulação e riqueza gerados no país, incluindo o cálculo do Produto Interno Bruto (PIB).

2.4. Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) – Desde 1976 o IBGE é responsável pela realização periódica da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS). É uma pesquisa censitária que tem como objetivo levantar dados sobre todos os estabelecimentos de saúde públicos e privados existentes no país. No período de 1976 a 1990 a pesquisa teve periodicidade anual, e no decorrer da década de noventa foi interrompida por alguns anos, executada apenas em 1992 e 1999. Na década atual foi retomada em 2002 e sua periodicidade atualmente será bienal, já estando a pesquisa referente a 2004 em fase de preparação pelo IBGE e o Ministério da Saúde.

A AMS é a mais importante fonte de dados sobre as características e a evolução dos estabelecimentos de saúde no Brasil, ainda que as mudanças ocorridas nos questionários e na definição do universo da pesquisa inviabilizem parcialmente a comparação de algumas variáveis ao longo do tempo. Estas mudanças no formato da pesquisa têm procurado acompanhar as próprias transformações do sistema de saúde nestas três décadas. A pesquisa classifica os estabelecimentos em três segmentos quanto ao tipo de atendimento/serviço prestado: a) estabelecimentos com internação (com leito para internação por período mínimo de 24 horas); b) estabelecimentos sem internação (atendimento ambulatorial, de emergência ou hospital-dia); c) estabelecimentos de serviços de apoio a diagnose e terapia - SADT. Os estabelecimentos mistos que possuem leitos para internações são classificados no primeiro segmento. Os estabelecimentos e/ou setores de apoio a diagnose e terapia que operam dentro de um estabelecimento ambulatorial ou hospitalar não são computados, como estabelecimento, no universo da pesquisa. Abrange todos os municípios do país, coletando dados sobre estabelecimentos de saúde, oferta de serviços, equipamentos, volume de internações e postos de trabalho. Os dados estão disponibilizados pelo IBGE e pelo Datasus (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/amsopcao.htm>).

2.4.1. Estabelecimentos que são objeto da Pesquisa da AMS:

a) Os estabelecimentos de saúde privados, registrados como pessoa jurídica (CNPJ), onde atuem três ou mais profissionais de saúde, com administração única e que

tenha pelo menos um funcionário próprio do estabelecimento (auxiliar de enfermagem, secretária, atendente, etc.).

b) Os estabelecimentos de Saúde que realizem procedimentos de Apoio à Diagnose e Terapia ou de Cirurgia Ambulatorial, registrados como pessoa jurídica (CNPJ) e com pelo menos um funcionário próprio, independente do número de profissionais de saúde que atuem no estabelecimento.

c) Os estabelecimentos públicos de saúde, independente do número de funcionários e do registro de pessoa jurídica, desde que tenham instalação física destinada exclusivamente a ações na área de saúde.

d) Estabelecimentos de Saúde com internação, independente do número de funcionários, que possuam instalações adequadas ao atendimento de pacientes com um tempo de permanência superior a 24 horas e possuam pelo menos um médico responsável.

2.4.2. Variáveis consideradas na AMS: as variáveis consideradas de relevância no escopo e objetos de análises em linhas gerais são:

a) Empregos de Nível Superior – composto pelas seguintes categorias: Médicos (anestesiata, médico de família, radiologistas, psiquiatra, pediatra, clínico geral, gineco-obstetra, cirurgião e médicos residentes), enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, bioquímico/farmacêutico, engenheiro sanitário, engenheiro clínico, físico médico, terapeuta ocupacional, sanitaristas e outros profissionais de nível superior não citados.

b) Empregos de Nível Técnico e Auxiliar – composto pelas seguintes categorias: enfermagem, laboratório, consultório dentário, reabilitação, fiscal sanitário, farmácia, hematologia e hemoterapia, histologia, nutrição e dietética, patologia clínica, vigilância sanitária e ambiental, citologia/citotécnica, e técnico em equipamentos médico-hospitalares, prótese dentária, radiologia médica e outras categorias técnicas e auxiliares não citadas.

c) Empregos de nível elementar - composto pelas seguintes categorias: agente comunitário de saúde, agente de saúde pública, atendente de enfermagem/auxiliares de serviços gerais, guardas de endemias, agente de controle de zoonoses, agente de controle de vetor, parteira e outros assemelhados.

8.2. Descrição dos indicadores

Dimensão: Determinantes da Saúde

CATEGORIA: DEMOGRÁFICA

População residente: Número de pessoas residentes em um determinado espaço geográfico. Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000 e Contagem Populacionais e MS/DATASUS, a partir de totais populacionais fornecidos pelo IBGE, para anos intercensitários.

Densidade populacional: Número de pessoas por unidade de superfície (hab/km?). Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Amostra de Domicílios (PNAD) 2001.

Taxa de urbanização: Percentual da população residente em áreas urbanas em relação a população total. Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Amostra de Domicílios (PNAD) 2001.

Proporção de mulheres: Percentual da população feminina em relação a população total. Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Amostra de Domicílios (PNAD) 2001.

Proporção de homens: Percentual da população masculina em relação a população total. Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Amostra de Domicílios (PNAD) 2001.

Proporção de menores de um ano de idade na população: Percentual de crianças com menos de um ano de idade, em relação a população total. Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Amostra de Domicílios (PNAD) 2001.

Proporção de crianças menores de cinco anos de idade na população: Percentual de crianças de um a cinco anos de idade incompletos na população total. Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Amostra de Domicílios (PNAD) 2001.

Proporção de idosos na população: Percentual de pessoas com 60 anos e mais de idade em relação à população total residente. Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Amostra de Domicílios (PNAD) 2001.

Taxa de fecundidade total: Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por mulher de uma coorte hipotética (15 a 49 anos de idade) ao final do seu período reprodutivo, na população residente. Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000.

Taxa de natalidade: Número de nascidos vivos por mil habitantes, em um determinado ano considerado. Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000.

Esperança de vida ao nascer: Número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente, na população residente em um ano considerado. Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000.

CATEGORIA: SÓCIO-ECONÔMICA

Taxa de analfabetismo: Porcentagem de pessoas 15 anos e mais de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária, em um ano considerado. Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Amostra de Domicílios (PNAD) 2001.

Média de anos de estudo da PEA: Número de pessoas de 15 anos e mais pela média de anos de estudo em um ano considerado. Fontes: IBGE: Pesquisa de Amostra de Domicílios (PNAD) 2001.

Proporção de pobres: Percentual da população residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo, em um ano considerado. Fonte: Pesquisa de Amostra de Domicílios (PNAD) 2001.

Taxa de desemprego: Percentual da população residente economicamente ativa (PEA), que se encontra sem trabalho, na semana de referência, em um determinado ano considerado. Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2001.

Produto Interno Bruto (PIB) per capita: Valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em um determinado ano considerado. Fonte: IBGE, Sistema de Contas Nacionais 2000.

CATEGORIA: COBERTURA E ACESSO

Número de leitos para internação por mil habitantes: Número de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por mil habitantes residentes, em um determinado no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) 2002.

Número de consultas SUS por 100 habitantes: Número médio de consultas médicas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por 100 habitantes, em determinado ano considerado. Estão incluídas todas as consultas que foram apresentadas ao gestor do SUS, não necessariamente pagas. Fontes: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS 2001.

Número de internações SUS por 100 habitantes: Número médio de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes, na população residente em um determinado ano considerado. Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS 2001.

Números de habitantes por estabelecimentos: Número médio de habitantes por estabelecimentos em um determinado ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) 2002.

Proporção de gestantes com pré-natal: Número de gestantes com acompanhamento pré-natal em um determinado ano considerado. O indicador está definido em função da norma técnica nacional (mínimo de seis consultas), porém a informação disponível refere-se a sete ou mais consultas, por limitações do instrumento de coleta do dado (Declaração

de Nascido Vivo), que não especifica se a consulta foi realizada por médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde. Fonte: Ministério da Saúde/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2001.

Cobertura vacinal no primeiro ano de vida: Percentual de crianças menores de um ano de idade imunizadas com vacinas específicas, em um determinado ano.

Fontes: Ministério da Saúde/Funasa/Cenepe: Base de dados do SI-PNI.

Percentual da população assistida por saúde suplementar: Proporção da população coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde em relação à população total em determinado ano. Fonte: Ministério da Saúde, ANS, 2003.

Percentual da população com acompanhamento ACS: Proporção da população acompanhada cobertas por ações dos agentes comunitários de saúde em um determinado ano considerado. Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica, 2003.

Percentual da população com acompanhamento ESF: Proporção da população coberta pelas ações da equipe de saúde da família em um determinado ano considerado. Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica, 2003.

Percentual da população com acompanhamento ESB: Proporção da população coberta pelas ações da equipe de saúde bucal em um determinado ano considerado. Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informação da Atenção Básica, 2003.

Percentual de domicílios ligados à rede geral de água: Percentual da população residente servida por rede geral de abastecimento de água, com ou sem canalização domiciliar, segundo a localização do domicílio em área urbana ou rural, em um determinado ano considerado. Fonte: Pesquisa de Amostra a Domicílio (PNAD) 2001.

Percentual da população ligada a rede geral de esgotamento sanitário: Percentual da população residente que dispõe de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, segundo a localização do domicílio em área urbana ou rural, em um determinado ano considerado.

Fonte: Pesquisa de Amostra a Domicílio (PNAD) 2001.

Percentual da população ligada a rede de coleta de lixo: Percentual da população residente atendida, direta ou indiretamente, por serviço regular de coleta de lixo domiciliar, segundo a localização do domicílio em área urbana ou rural, em um determinado ano considerado. Fonte: Pesquisa de Amostra a Domicílio (PNAD) 2001.

CATEGORIA: SANITÁRIA

Taxa de mortalidade infantil: Número de óbitos de crianças menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente em um determinado ano considerado. Fontes: MS/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000. IBGE: Censo Demográfico 2000.

Taxa de mortalidade materna: Número de óbitos femininos por causas maternas, por

100 mil nascidos vivos, na população residente em um determinado ano considerado.

Fontes: MS/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre nascidos Vivos (Sinasc) 2000. IBGE: Censo Demográfico, 2000.

Taxa de mortalidade geral: Percentual de óbitos por causas mal definidas, na população residente em um determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Fontes: MS/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), 2000. IBGE: Censo Demográfico 2000.

Taxa de mortalidade de câncer do colo do útero: Percentual de óbitos por câncer do colo do útero, na população residente em um determinado ano. Fontes: MS/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), 2000. IBGE: Censo Demográfico 2000.

Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de cinco anos de idade: Percentual de óbitos por doença diarreica aguda, em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, por causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: MS/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), 2000; IBGE: Censo Demográfico 2000.

Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de cinco anos: porcentagem dos óbitos ocorridos em consequência de infecção respiratória aguda, em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos, por causas definidas, na população residente, em um determinado espaço geográfico. Fontes: MS/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), 2000; IBGE: Censo Demográfico 2000.

Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas: Número de óbitos por neoplasias malignas por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, em um ano considerado. Fontes: MS/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), 2000; IBGE: Censo Demográfico 2000.

Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório: Número de óbitos por doenças do aparelho respiratório por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos I 00 a I 99, do Capítulo IX da CID-10). Fonte: MS/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), 2000; IBGE: Censo Demográfico 2000.

Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório: Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (códigos I 00 a I 99, do Capítulo IX da CID-10). Fontes: MS/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), 2000; IBGE: Censo Demográfico 2000.

Taxa de mortalidade específica por afecções originadas no período perinatal: Número de óbitos de menores de um ano em conseqüência de afecções originadas no período perinatal (entre zero e seis dias), por mil nascidos vivos, na população residente em um determinado ano. Fontes: MS/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) 2000; IBGE: Censo Demográfico, 2000.

Taxa de mortalidade por causas externas: Número de óbitos da população residente em um determinado espaço geográfico em conseqüência de acidentes e violências classificadas no Capítulo XX Causas Externas de Morbidade e Mortalidade por 100 mil habitantes. Fontes: MS/Funasa/CENEPI : Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), 2000; IBGE: Censo Demográfico 2000.

Taxa de mortalidade por demais causas mal definidas: Percentual de óbitos por causas mal definidas na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Fontes: MS/Funasa/CENEPI: Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM), 2000; IBGE: Censo Demográfico 2000.

b) Dimensão Estrutura do Sistema

CATEGORIA: OFERTA DE RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE

Número de médicos por mil habitantes: Número de médicos ativos registrados no conselho por mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: Conselhos Regionais, 2003.

Número de enfermeiros no conselho por mil habitantes: Número de enfermeiros ativos registrados no conselho por mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: Conselhos Regionais, 2003.

Número de odontólogos por mil habitantes: Número de odontólogos ativos registrados no conselho por mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: Conselhos Regionais, 2003.

Número de farmacêuticos por mil habitantes: Número de farmacêuticos ativos registrados no conselho por mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: Conselhos Regionais, 2001.

Número de nutricionistas por mil habitantes: Número de nutricionistas ativos registrados no conselho por mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: Conselhos Regionais, 2001.

Número de fisioterapeutas por mil habitantes: Número de fisioterapeutas ativos registrados no conselho por mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: Conselhos Regionais, 2001.

Número de assistentes sociais por mil habitantes: Número de assistentes sociais

ativos, registrados no conselho por mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: Conselhos Regionais, 2001.

Número de terapeutas por mil habitantes: Número de terapeutas ativos registrados no conselho por mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: Conselhos Regionais, 2001.

Número de fonoaudiólogos por mil habitantes: Número de fonoaudiólogos ativos registrados no conselho por mil habitantes em determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: Conselhos Regionais, 2001.

CATEGORIA: DISPONIBILIDADE DE RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE

Número de empregos em estabelecimento de saúde: Número de empregos existentes nos estabelecimentos de saúde em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos médicos: Percentual de empregos médicos em relação ao total de empregos existentes nos estabelecimentos de saúde em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos ambulatoriais: Percentual de empregos existentes em estabelecimentos sem internação (ambulatoriais) em relação ao total de empregos de saúde, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos hospitalares: Percentual de empregos existentes em estabelecimentos com internação (hospitalares) em relação ao total de empregos de saúde, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos SADT: Percentual de empregos existentes em estabelecimentos de diagnose e terapia (SADT) em relação ao total de empregos de saúde, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos públicos: Percentual de empregos existentes nos estabelecimentos públicos em relação ao total de empregos de saúde, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos federais: Percentual de empregos existentes nos estabelecimentos federais em relação ao total de empregos de saúde, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos estaduais no total: Percentual de empregos existentes nos estabelecimentos estaduais em relação ao total de empregos de saúde, em um

determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos municipais no total: Percentual de empregos existentes nos estabelecimento municipais em relação ao total de empregos de saúde, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos privados no total: Percentual de empregos existentes nos estabelecimentos privados em relação ao total de empregos de saúde, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos de nível superior por habitantes: Percentual de empregos existentes em funções de nível superior em relação ao total de empregos de saúde, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos de nível técnico/auxiliar: Percentual de empregos existentes em funções técnicas e auxiliares em relação ao total de empregos de saúde, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos de qualificação elementar: Percentual de empregos existentes em funções de qualificação elementar em relação ao total de empregos de saúde, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

Proporção de empregos administrativos: Percentual de empregos existentes em funções exclusivamente administrativas em relação ao total de empregos de saúde, em um determinado espaço geográfico no ano considerado. Fonte: IBGE: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), 2002.

8.3. Síntese dos Estados segundo dimensões e categorias pré seleccionadas

Estados da Região Norte

1. DIMENSÃO: DETERMINANTES DA SAÚDE

	RO	AC	AM
■ Categoria: Demográfica			
população residente	1.455.914	600.607	3.031.079
densidade demográfica	5,8	3,6	1,8
taxa de urbanização	65,0	67,3	75,7
proporção de mulheres	48,6	49,6	49,7
proporção de homens	51,4	50,4	50,3
proporção de menores de 1 ano	2,2	2,7	2,7
proporção de menores de 5 anos	10,6	11,5	11,8
proporção de idosos (60 anos e mais)	6,2	5,7	4,6
taxa de fecundidade	2,5	2,6	3,0
taxa de natalidade	24,7	26,2	28,7
esperança de vida ao nascer	68,3	68,3	68,9
■ Categoria: Sócio Econômica			
taxa de analfabetismo	10,2	16,7	15,5
média de anos de estudo da PEA	5,8	5,8	6,4
proporção de pobres	28,7	32,6	36,1
taxa de desemprego	8,8	7,8	10,2
PIB per capita	3.610,80	2.826,57	5.990,04
■ Categoria: Cobertura e acesso			
leitos para internação por 1000 hab.	2,3	2,7	1,6
consultas SUS por 100 hab.	1,7	1,4	1,6
internações SUS por 100 hab.	7,6	7,7	4,2
número de habitantes por estabelecimento	1.874	1.874	1.701
proporção de gestantes com pré-natal	33,0	15,2	20,0
cobertura vacinal no primeiro ano de vida	104,5	75,6	72,5
porcentual da pop. assistida por saúde suplementar	4,0	3,1	11,5
porcentual da população com cobertura de ACS	78,9	81,7	81,9
porcentual da população com cobertura de ESF	27,1	49,7	36,1
porcentual da população com cobertura de ESB	18,3	25,1	12,3
porcentual de domicílios ligados a rede geral de água	40,5	40,4	71,1
porcentual da pop. ligada a rede geral de esg. sanitário	9,4	51,4	17,2
porcentual da pop. ligada a rede de coleta de lixo	85,2	73,8	87,7
■ Categoria: Sanitária			
taxa de mortalidade infantil	25,2	34,3	29,4
taxa de mortalidade materna	28,7	52,5	93,2
taxa de mortalidade geral	5,5	6,4	5,2
taxa de mortalidade de câncer do colo do útero	1,5	3,2	7,5
mort.prop.por doença diarreica aguda em menores de 5 anos	3,7	4,8	5,6
mort. prop. por infec.resp. aguda em menores de 5 anos	6,0	6,4	5,9
taxa de mort. específica por neoplasias malignas	41,5	33,4	40,8
taxa de mort. específica por doenças do ap.respiratório	6,0	6,4	5,9
taxa de mort. específica por doenças do ap.circulatório	84,6	64,7	52,3
taxa de mort. por afecções originadas no período perinatal	10,2	10,8	9,4
taxa de mortalidade específica por causas externas	88,5	54,2	48,1
mortalidade proporcional por causas mal definidas	12,9	31,2	25,2

Fonte: MS/DATASUS/IBGE: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2002/matriz.htm> acessada em nov/2003.
Indicadores Básicos de Saúde - IDB, 2002.

RR	PA	AP	TO
357.296	6.574.990	534.821	1.230.188
1,4	5,0	3,3	4,2
77,8	68,4	90,5	71,2
48,8	49,4	49,8	48,9
51,2	50,6	50,2	51,1
2,6	2,4	2,9	2,3
11,6	11,1	15,9	11,6
5,1	5,7	6,5	7,6
3,3	2,7	2,4	2,6
28,8	27,8	27,7	29,4
67,5	68,7	69,0	68,4
11,5	11,1	7,3	18,5
5,7	5,8	7,3	5,1
28,7	38,4	16,2	42,0
8,6	10	18	6
2.861,47	2.697,94	3.564,35	2.117,37
2,2	2,1	1,7	2,4
2,3	1,4	1,9	2,7
4,4	7,6	6,9	7,9
1.433	3.006	2.337	2.252
30,9	27,8	22,4	27,2
87	83,9	160,4	106,3
4,7	8,2	6,6	2,8
78,9	79,9	95,9	100,0
70,2	19,3	22,7	69,3
18,3	5,2	17,4	52,7
86,7	45,4	71,0	75,6
16,3	20,9	5,7	27,1
94,5	80,3	96,2	65,2
17,9	28,1	25,4	29,6
61,6	59,4	35,1	72,5
5,7	5,6	5,2	6,1
5	4,3	5,9	2,6
5,0	5,0	2,3	6,8
9,1	6,6	3,3	7,6
37,6	26,8	33,7	25,4
9,2	6,6	3,4	7,6
75,2	66,2	56,2	89,5
5,1	7,7	13,7	7,3
107,3	36,1	71,1	56,3
9,1	27,6	14,9	21,2

Estados da Região Norte - continuação

2. DIMENSÃO: ESTRUTURA DO SISTEMA

	RO	AC	AM	RR
■ Categoria: Oferta de Rhs¹				
número de formandos de medicina	-	-	86	17
número de formandos de enfermagem	-	-	29	-
número de formandos de odontologia	20	-	24	-
número de formandos de farmácia	-	-	31	-
número de formandos de nutrição	-	-	-	-
número de formandos de fisioterapia	-	-	-	-
número de formandos em serviço social	-	-	113	-
número de formandos em terapia ocupacional	-	-	-	-
número de formandos em fonoaudiologia	-	-	-	-
■ Categoria: Disponibilidade de Rhs²				
número de equipes do PSF	114	87	311	73
número de equipes do ESB	40	22	53	10
número de ACS	2.198	955	5.059	529
número de empregos em estabelecimentos de saúde	14.268	7.446	31.626	4.925
proporção de empregos médicos	13,7	11,0	14,0	11,4
proporção de empregos ambulatoriais	34,0	40,6	44,1	39,6
proporção de empregos hospitalares	59,0	54,1	53,0	52,3
proporção de empregos SADT	7,0	5,4	2,9	8,1
proporção de empregos públicos	77,3	84,7	80,8	90,9
proporção de empregos federais	3,2	3,2	7,2	15,2
proporção de empregos estaduais	13,5	55,6	45,9	52,1
proporção de empregos municipais	60,6	25,9	27,7	23,65
proporção de empregos privados	22,7	15,3	19,2	9,1
proporção de empregos de nível superior	22,4	22,2	23,5	24,9
proporção de empregos de nível téc/auxiliar	28,0	22,4	30,4	34,1
proporção de empregos de nível elementar	21,5	23,9	18,9	18,4
proporção de empregos administrativos	28,1	31,5	27,2	22,6

¹Fonte: MEC/ Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- INEP, 2004

² Fonte: MS/ DATASUS (2003) e IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2002

PA	AP	TO
264	-	-
148	33	17
115	-	-
111	-	-
39	-	-
28	-	-
		212
25	-	-
84	-	-
367	34	280
49	13	130
10.665	893	2.947
53.000	6.154	15.186
14,2	11,5	10,7
44,4	37,4	56,1"
49,6	59,2	39,0
6,0	3,4	5,0
71,8	81,9	64,4
4,9	0,9	0,7
18,2	41,5	2,5
48,7	39,5	61,2
28,2	18,1	35,6
23,3	20,2	19,5
27,8	32,5	25,7
20,9	21,4	23,8
28,0	25,9	31,0

Estados da Região Nordeste

2.1. DIMENSÃO: DETERMINANTES DA SAÚDE

	MA	PI	CE
■ Categoria: Demográfica			
população residente	5.873.646	2.923.695	7.758.437
densidade demográfica	17,0	11,3	50,9
taxa de urbanização	65,3	62,8	74,5
proporção de mulheres	50,2	50,8	51,2
proporção de homens	49,8	49,2	48,8
proporção de menores de 1 ano	2,5	2,1	2,1
proporção de menores de 5 anos	11,5	10,4	10,7
proporção de idosos (60 anos e mais)	7,3	9,8	9,2
taxa de fecundidade	2,5	2,1	2,7
taxa de natalidade	26,2	24,3	27,7
esperança de vida ao nascer	64,8	65,7	66,4
■ Categoria: Sócio Econômica			
taxa de analfabetismo	23,4	29,4	24,8
média de anos de estudo da PEA	4,4	4,2	4,8
proporção de pobres	56,9	53,0	52,1
taxa de desemprego	6,8	5,5	7,1
PIB per capita	1.374,8	1.624,3	2.684,1
Categoria: Cobertura e acesso			
leitos para internação por 1000 hab.	2,5	2,7	2,2
consultas SUS por 100 hab.	1,8	2,2	2,1
internações SUS por 100 hab.	6,7	9,3	6,9
número de habitantes			
por estabelecimento	3.144	1.958	2.668
proporção de gestantes com pré-natal	21,0	21,7	29,0
cobertura vacinal no primeiro ano de vida	100,2	110,0	89,3
porcentual da pop. assistida por saúde suplementar	3,7	4,2	11,7
porcentual da população com cobertura de ACS	90,5	95,7	70,1
porcentual da população com cobertura de ESF	40,1	78,6	55,3
porcentual da população com cobertura de ESB	21,2	68,2	42,6
porcentual de domicílios ligados a rede geral de água	61,8	76,3	78,7
porcentual da pop. ligada a rede geral de esg. sanitário	56,8	48,0	42,5
porcentual da pop. ligada a rede de coleta de lixo	45,7	48,6	65,0
2.1. DIMENSÃO: DETERMINANTES DA SAÚDE			
■ Categoria: Sanitária			
taxa de mortalidade infantil	47,6	34,6	38,1
taxa de mortalidade materna	79,4	75,1	71,8
taxa de mortalidade geral	7,6	7,6	7,9
taxa de mortalidade de câncer do colo do útero	3,7	4,6	4,0
mort. prop. por doença diarreica aguda em menores de 5 anos	4,0	6,8	9,2
mort. prop. por infec. resp. aguda em menores de 5 anos	5,0	3,3	6,5
taxa de mort. específica por neoplasias malignas	18,0	30,5	52,1
taxa de mort. específica por doenças do ap. respiratório	5,1	3,3	6,5
taxa de mort. específica por doenças do ap. circulatório	52,8	95,9	106,1
taxa de mort. por afecções originadas no período perinatal	5,3	9,3	6,8
taxa de mortalidade específica por causas externas	28,5	36,4	53,1
mortalidade proporcional por causas mal definidas	36,1	30,7	20,2

RN	PB	PE	AL	SE	BA
2.888.087	3.518.607	8.161.828	2.917.678	1.874.59	13.440.544
52,2	61,0	80,0	101,3	81,1	23,2
73,2	51,5	74,7	67,7	79,9	67,0
51,0	48,5	51,7	51,2	51,0	50,6
49,0	51,5	48,3	48,8	49,0	49,4
2,0	1,9	2,0	2,3	2,2	2,0
9,8	9,7	10,0	11,0	10,4	9,8
8,8	10,5	8,5	8,2	7,2	8,9
2,0	2,2	2,0	2,7	2,5	2,1
20,0	24,7	20,0	28,5	21,6	21,9
66,4	64,4	63,7	63,2	67,2	67,7
24,2	27,2	22,0	30,6	21,4	22,9
5,2	4,4	5,1	4,1	5,1	4,6
45,5	54,5	46,5	57,4	45,2	49,5
7,8	7,8	10,1	11,1	11,6	10,0
2.606,6	2.163,9	3.295,8	2.283,0	2.984,0	3.014,4
2,6	3,3	2,8	2,4	2,2	2,9
2,9	2,2	2,3	2,1	2,2	2,2
6,8	7,8	6,8	7,1	7,3	7,7
1.985	2.099	2.672	3.088	2.282	2.750
33,0	38,0	38,9	40,3	49,7	32,8
102,9	91,6	84,6	101,4	100,0	97,3
11,1	8,9	12,7	6,8	8,8	9,0
83,3	86,8	79,2	73,5	85,7	76,4
62,4	80,8	52,0	64,5	69,9	26,6
54,8	70,5	24,9	52,7	52,3	15,7
89,1	86,0	84,1	77,4	90,4	83,5
20,7	46,2	46,1	35,3	56,5	57,8
79,9	69,0	69,8	67,1	77,0	65,5
43,2	46,8	46,3	60,0	41,9	39,8
7,2	26,1	49,0	50,3	83,5	50,9
7,9	9,3	9,0	8,8	6,8	6,8
4,7	1,5	3,3	2,9	5,4	3,2
5,0	4,8	7,8	9,2	4,8	5,5
6,2	4,2	5,3	7,1	5,3	4,7
43,7	24,8	56,1	30,6	37,4	36,0
6,2	4,2	5,4	7,1	5,4	7,1
97,2	85,0	154,6	100,6	93,3	97,0
8,7	7,8	10,9	9,3	13,4	8,5
55,1	40,4	93,7	59,2	66,2	48,2
27,6	46,5	22,8	29,1	29,7	29,7

Estados da Região Nordeste - continuação

2.2. DIMENSÃO: ESTRUTURA DO SISTEMA

	MA	PI	CE
■ Categoria: Oferta de Recursos Humanos¹			
número de formandos de medicina	65	68	165
número de formandos de enfermagem	96	66	294
número de formandos de odontologia	110	42	165
número de formandos de farmácia	34	48	93
número de formandos de nutrição	-	32	52
número de formandos de fisioterapia	-	-	98
número de formandos em serviço social	41	35	91
número de formandos em terapia ocupacional	97	-	53
número de formandos em fonoaudiologia	-	-	72
■ Categoria: Disponibilidade de Rhs²			
número de equipes do PSF	698	745	1.254
número de equipes do ESB	187	350	494
número de ACS	11.022	5.943	10.482
número de empregos em estabelecimentos de saúde	43.578	31.906	74.995
proporção de empregos médicos	14,1	15,6	16,9
proporção de empregos ambulatoriais	44,2	43,2	46,4
proporção de empregos hospitalares	53,6	52,5	48,7
proporção de empregos SADT	2,2	4,3	4,9
proporção de empregos públicos	75,8	77,1	68,9
proporção de empregos federais	5,4	0,3	4,2
proporção de empregos estaduais	9,1	31,5	10,9
proporção de empregos municipais	61,3	45,3	53,9
proporção de empregos privados	24,2	22,9	31,1
proporção de empregos de nível superior	23,2	26,5	30,8
proporção de empregos de nível téc/auxiliar	25,0	22,1	24,5
proporção de empregos de nível elementar	28,0	23,5	18,6
proporção de empregos administrativos	23,8	27,9	26,0

¹Fonte: MEC/ Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- INEP, 2004

²Fonte: MS/DATASUS (2003) e IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2002

RN	PB	PE	AL	SE	BA
93	159	291	135	73	387
115	232	361	76	42	412
144	130	202	56	54	102
154	99	65	131	17	139
30	47	66	44	-	87
27	147	70	20	87	261
99	179	197	131	83	133
-	-	15	2	-	28
6	59	118	24	-	18
558	944	1.241	605	400	1.062
278	432	300	254	158	328
4.962	6.520	12.054	4.330	2.987	19.576
42.518	42.625	102.183	29.788	23.557	132.071
16,4	16,5	18,7	17,9	19,1	19,9
46,9	48,5	34,3	44,2	53,1	44,1
49,6	47,5	59,9	52,3	42,4	53,0
3,5	4,0	5,8	3,6	4,6	3,3
70,5	73,3	62,9	67,9	58,6	55,0
6,6	5,7	2,7	3,4	1,7	2,5
17,4	14,2	22,7	16,4	15,5	12,2
46,5	53,4	37,5	48,2	41,4	40,3
29,5	26,7	37,1	32,1	41,4	45,0
29,6	30,3	30,2	27,8	28,2	30,1
29,0	22,1	26,7	26,6	23,2	25,3
13,8	18,2	12,3	20,6	20,2	16,0
27,6	29,4	30,8	25,0	28,4	28,6

Estados da Região Sudeste

3.1. DIMENSÃO: DETERMINANTES DA SAÚDE

	MG	ES	RJ	SP
■ Categoria: Demográfica				
população residente	18.553.335	3.250.205	14.879.144	38.709.339
densidade demográfica	30,5	67,2	328,0	148,9
taxa de urbanização	83,4	81,0	96,5	94,3
proporção de mulheres	50,5	50,4	52,0	51,0
proporção de homens	49,5	49,5	48,0	49,0
proporção de menores de 1 ano	1,7	1,8	1,7	1,6
proporção de menores de 5 anos	8,9	9,7	8,2	7,9
proporção de idosos (60 anos e mais)	9,7	7,8	11,7	9,3
taxa de fecundidade	2,0	2,0	1,0	2,2
taxa de natalidade	19,5	18,3	18,2	18,0
esperança de vida ao nascer	70,4	70,2	67,6	70,0
■ Categoria: Sócio Econômica				
taxa de analfabetismo	11,5	5,6	6,0	8,6
média de anos de estudo da PEA	6,0	6,2	7,1	7,1
proporção de pobres	28,5	32,0	15,9	12,3
taxa de desemprego	9,4	9,0	12,2	11,2
PIB per capita	5.230,3	5.996,1	7.354,2	9.183,0
■ Categoria: Cobertura e acesso				
leitos para internação por 1000 hab.	2,7	2,4	3,4	2,6
consultas SUS por 100 hab.	2,5	2,6	3,0	2,9
internações SUS por 100 hab.	6,8	6,0	5,3	5,8
número de habitantes por estabelecimento	2.071	2.147	3.147	4068
proporção de gestantes com pré-natal	45,8	53,5	57,6	60,9
cobertura vacinal no primeiro ano de vida	97,3	101,0	91,4	101,4
porcentual da pop. assistida por saúde suplementar	17,6	18,7	24,6	35,1
porcentual da população com cobertura de ACS	54,1	63,2	25,1	23,6
porcentual da população com cobertura de ESF	46,3	32,2	20,2	18,0
porcentual da população com cobertura de ESB	17,3	17,7	3,5	5,0
porcentual de domicílios ligados a rede geral de água	95,6	95,4	87,9	98,2
porcentual da pop. ligada a rede geral de esg. sanitário	75,6	57,4	79,6	86,6
porcentual da pop. ligada a rede de coleta de lixo	80,7	78,0	95,0	96,9
■ Categoria: Sanitária				
taxa de mortalidade infantil	21,4	21,5	20,0	18,0
taxa de mortalidade materna	38,1	44,5	73,7	38,1
taxa de mortalidade geral	6,6	5,9	8,1	6,6
taxa de mortalidade de câncer do colo do útero	3,4	5,63	5,8	4,8
mort.prop.por doença diarreica aguda em menores de 5 anos	3,1	2,4	1,9	2,6
mort. prop. por infec.resp. aguda em menores de 5 anos	6,1	3,7	6,2	7,1
taxa de mort. específica por neoplasias malignas	64,6	66,1	106,1	95,0
taxa de mort. específica por doenças do ap.respiratório	6,1	3,7	6,1	7,2
taxa de mort. específica por doenças do ap.circulatório	161,1	150,1	223,7	196,3
taxa de mort. por afecções originadas no período perinatal	8,5	8,3	8,6	7,3
taxa de mortalidade específica por causas externas	45,8	94,8	103,2	91,5
mortalidade proporcional por causas mal definidas	14,3	17,6	11,5	6,6

Fonte: MS/DATASUS/IBGE: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2002/matriz.htm> acessada em nov/2003.
Indicadores Básicos de Saúde - IDB, 2002.

Estados da Região Sudeste - continuação

3.2. DIMENSÃO: ESTRUTURA DO SISTEMA

	MG	ES	RJ	SP
■ Categoria: Oferta de Rhs¹				
número de formandos de medicina	1.065	212	1.904	1.872
número de formandos de enfermagem	704	53	623	2.705
número de formandos de odontologia	1.353	67	1.258	3.441
número de formandos de farmácia	1.147	41	574	2.339
número de formandos de nutrição	318	-	421	1.129
número de formandos de fisioterapia	915	126	2.245	4.641
número de formandos em serviço social	365	79	428	1.167
número de formandos em terapia ocupacional	59	-	48	288
número de formandos em fonoaudiologia	209	71	313	785
■ Categoria: Disponibilidade de Rhs²				
número de equipes do PSF	2.512	329	893	2.047
número de equipes do ESB	507	92	79	323
número de ACS	18.065	4.236	6.709	16.090
número de empregos em estabelecimentos de saúde	232.891	41.558	249.704	522.086
proporção de empregos médicos	23,0	23,5	24,4	24,3
proporção de empregos ambulatoriais	45,0	42,7	30,6	30,2
proporção de empregos hospitalares	47,1	50,5	61,4	63,0
proporção de empregos SADT	7,9	6,8	8,0	6,8
proporção de empregos públicos	51,7	55,4	55,9	44,6
proporção de empregos federais	3,9	3,7	10,6	0,6
proporção de empregos estaduais	8,0	16,8	12,2	16,3
proporção de empregos municipais	39,8	34,9	33,1	27,7
proporção de empregos privados	48,3	44,6	44,1	55,4
proporção de empregos de nível superior	34,8	34,7	38,6	36,3
proporção de empregos de nível téc/auxiliar	28,3	28,5	30,1	31,0
proporção de empregos de nível elementar	10,8	12,2	5,2	5,9
proporção de empregos administrativos	26,1	24,6	26,1	26,8

¹Fonte: MEC/ Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- INEP, 2004

²Fontes: MS/ DATASUS (2003) e IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2002

Estados da Região Sul

4.1. DIMENSÃO: DETERMINANTES DA SAÚDE

	PR	SC	RS
■ Categoria: Demográfica			
população residente	9.906.812	5.607.160	10.511.009
densidade demográfica	47,9	56,1	36,1
taxa de urbanização	82,2	80,8	81,0
proporção de mulheres	50,5	50,2	51,0
proporção de homens	49,5	49,8	49,1
proporção de menores de 1 ano	1,8	1,7	1,7
proporção de menores de 5 anos	8,8	7,8	8,5
proporção de idosos (60 anos e mais)	9,0	9,0	11,0
taxa de fecundidade	2,0	2,0	2,2
taxa de natalidade	18,8	17,5	17,3
esperança de vida ao nascer	70,3	71,3	71,6
■ Categoria: Sócio Econômica			
taxa de analfabetismo	8,6	5,9	6,2
média de anos de estudo da PEA	6,3	6,6	6,6
proporção de pobres	22,5	12,8	19,1
taxa de desemprego	7,7	4,2	6,7
PIB per capita	6.131,02	6.446,26	7.145,08
■ Categoria: Cobertura e acesso			
leitos para internação por 1000 hab.	3,0	2,9	3,2
consultas SUS por 100 hab.	2,4	2,6	2,2
internações SUS por 100 hab.	8,0	7,3	7,7
número de habitantes por estabelecimento	2.189	1.746	2479
proporção de gestantes com pré-natal	59,6	44,3	51,4
cobertura vacinal no primeiro ano de vida	100,6	98,5	91,0
porcentual da pop. assistida por saúde suplementar	15,4	13,3	10,0
porcentual da população com cobertura de ACS	54,3	72,2	28,8
porcentual da população com cobertura de ESF	38,9	55,9	16,9
porcentual da população com cobertura de ESB	24,3	34,5	6,3
porcentual de domicílios ligados a rede geral de água	96,0	89,6	92,6
porcentual da pop. ligada a rede geral de esg. sanitário	51,0	44,5	53,0
porcentual da pop. ligada a rede de coleta de lixo	83,5	83,7	83,7
■ Categoria: Sanitária			
taxa de mortalidade infantil	21,4	17,5	15,7
taxa de mortalidade materna	68,0	37,2	46,4
taxa de mortalidade geral	5,8	5,5	6,7
taxa de mortalidade de câncer do colo do útero	5,1	4,9	6,1
mort.prop.por doença diarreica aguda em menores de 5 anos	3,4	3,6	2,8
mort. prop. Por infec.resp. aguda em menores de 5 anos	5,7	5,7	6,3
taxa de mort. específica por neoplasias malignas	86,6	85,3	127,4
taxa de mort. específica por doenças do ap.respiratório	5,7	5,8	6,3
taxa de mort. específica por doenças do ap.circulatório	195,5	156,1	224,5
taxa de mort. por afecções originadas no período perinatal	8,8	6,4	5,6
taxa de mortalidade específica por causas externas	71,2	61,8	64,3
mortalidade proporcional por causas mal definidas	5,4	12,6	4,4

Fonte: MS/DATASUS/IBGE: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/matriz.htm> acessada em nov/2003. Indicadores Básicos de Saúde - IDB, 2002

Estados da Região Sul - continuação

4.2. DIMENSÃO: ESTRUTURA DO SISTEMA

	PR	SC	RS
Categoria: Oferta de Rhs¹			
número de formandos de medicina	437	130	805
número de formandos de enfermagem	737	288	746
número de formandos de odontologia	715	207	621
número de formandos de farmácia	1.001	546	819
número de formandos de nutrição	490	104	405
número de formandos de fisioterapia	705	329	374
número de formandos em serviço social	235	229	175
número de formandos em terapia ocupacional	17	31	30
número de formandos em fonoaudiologia	156	70	145
Categoria: Disponibilidade de Rhs²			
número de equipes do PSF	1.164	976	556
número de equipes do ESB	556	366	143
número de ACS	9.831	7.949	5.632
número de empregos em estabelecimentos de saúde	117.361	65.122	141.732
proporção de empregos médicos	22,1	20,1	24,8
proporção de empregos ambulatoriais	40,8	48,0	31,1
proporção de empregos hospitalares	50,1	44,3	60,6
proporção de empregos SADT	9,1	7,8	8,2
proporção de empregos públicos	46,7	54,4	39,5
proporção de empregos federais	4,2	3,5	10,8
proporção de empregos estaduais	5,9	11,6	2,5
proporção de empregos municipais	36,6	39,3	26,2
proporção de empregos privados	53,3	45,6	60,5
proporção de empregos de nível superior	34,9	34,8	38,0
proporção de empregos de nível téc/auxiliar	28,8	28,8	30,9
proporção de empregos de nível elementar	11,3	14,7	6,5
proporção de empregos administrativos	25,0	21,7	24,6

¹Fonte: MEC/ Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- INEP, 2004

²Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2002

Estados da Região Centro Oeste

5.1. DIMENSÃO: DETERMINANTES DA SAÚDE

	MS	MT	GO	DF
■ Categoria: Demográfica				
população residente	2.169.704	2.651.313	5.306.424	2.189.792
densidade demográfica	5,8	2,8	14,7	352,2
taxa de urbanização	85,6	78,3	87,6	95,7
proporção de mulheres	50,0	48,6	50,2	52,2
proporção de homens	50,0	51,4	49,8	47,8
proporção de menores de 1 ano	2,0	2,0	1,9	2,0
proporção de menores de 5 anos	9,2	9,8	9,3	10,4
proporção de idosos (60 e mais)	8,7	5,8	7,4	5,0
taxa de fecundidade	2,0	2,2	1,8	2,1
taxa de natalidade	19,1	21,8	19,4	16,6
esperança de vida ao nascer	70,4	69,2	69,6	69,0
■ Categoria: Sócio Econômica				
taxa de analfabetismo	10,2	11,2	11,7	5,5
média de anos de estudo da PEA	6,1	5,7	5,9	7,8
proporção de pobres	24,4	25,8	26,8	18,1
taxa de desemprego	8,8	6,0	8,1	14,5
PIB per capita	5.033,1	4.243,7	3.671,6	13.052,8
■ Categoria: Cobertura e acesso				
leitos para internação por 1000 hab.	1,0	3,0	3,3	2,2
consultas SUS por 100 hab.	2,0	2,7	2,4	2,5
internações SUS por 100 hab.	8,6	7,5	7,4	8,3
número de habitantes por estabelecimento	2.263	1.935	2.648	2.481
proporção de gestantes com pré-natal	61,2	52,3	53,3	42,5
cobertura vacinal no primeiro ano de vida	105,7	100,8	95,6	111,3
porcentual da pop. assistida por saúde suplementar	13,0	8,7	9,4	31,6
porcentual da população com cobertura de PACS	76,7	69,0	76,7	62,5
porcentual da população com cobertura de ESF	37,5	48,3	37,5	51,8
porcentual da população com cobertura de ESB	32,6	30,6	32,6	37,6
porcentual de domicílios ligados a rede geral de água	87,7	73,3	79,1	90,7
porcentual da pop. ligada a rede geral de esg. sanitário	10,9	22,9	36,6	85,0
porcentual da pop. ligada a rede de coleta de lixo	86,4	71,3	86,0	98,0
■ Categoria: Sanitária				
taxa de mortalidade infantil	19,5	22,2	21,3	18,5
taxa de mortalidade materna	37,0	37,0	27,5	33,4
taxa de mortalidade geral	5,6	5,3	5,7	5,4
taxa de mortalidade de CA do colo do útero	5,2	4,4	4,9	4,7
taxa de doenças infec. Intest. (EDA) menores de 5 anos	7,0	4,9	3,0	3,0
taxa de doenças resp.agudas (IRA) menores de 5 anos	6,7	5,8	5,0	4,8
taxa de mortalidade por neoplasias malignas	62,7	49,5	53,1	65,4
taxa de mortalidade por doenças do ap.respiratório	10,6	9,0	10,9	7,6
taxa de mortalidade por doenças do ap.circulatório	158,8	116,3	129,4	112,3
taxa de mortalidade originadas no período perinatal	10,3	8,1	6,7	6,0
taxa de mortalidade por causas externas	79,2	94,9	72,9	77,8
taxa de mortalidade por demais causas definidas	15,9	18,2	15,8	18,5

Fonte: MS/DATASUS/IBGE: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/matriz.htm> acessada em nov/2003. Indicadores Básicos de Saúde - IDB, 2002

Estados da Região Centro Oeste - continuação

5.2. DIMENSÃO: ESTRUTURA DO SISTEMA

	MS	MT	GO	DF
■ Categoria: Oferta de Rhs¹				
número de formandos de medicina	54	38	112	63
número de formandos de enfermagem	76	92	169	38
número de formandos de odontologia	79	87	124	141
número de formandos de farmácia	77	131	223	80
número de formandos de nutrição	53	33	31	81
número de formandos de fisioterapia	140	60	53	146
número de formandos em serviço social	54	48	51	48
número de formandos em terapia ocupacional	34	-	-	-
número de formandos em fonoaudiologia	35	-	128	48
■ Categoria: Disponibilidade de Rhs²				
número de equipes do PSF	239	366	851	-
número de equipes do ESB	111	141	352	-
número de ACS	2.964	3.497	6.655	-
número de empregos em estabelecimentos de saúde	27.222	28.011	60.069	39.016
proporção de empregos médicos	21,3	16,9	20,0	19,4
proporção de empregos ambulatoriais	44,0	48,3	41,0	27,0
proporção de empregos hospitalares	47,1	44,0	53,2	64,6
proporção de empregos SADT	8,9	7,7	6,8	8,4
proporção de empregos públicos	50,6	61,6	58,9	59,5
proporção de empregos federais	7,0	2,6	4,0	9,9
proporção de empregos estaduais	5,1	5,9	8,5	49,6
proporção de empregos municipais	38,5	53,1	46,5	-
proporção de empregos privados	49,4	38,4	41,1	40,5
proporção de empregos de nível superior	33,8	29,2	29,7	32,4
proporção de empregos de nível téc/auxiliar	22,7	27,1	28,3	33,1
proporção de empregos de nível elementar	14,8	18,4	14,3	3,2
proporção de empregos administrativos	28,7	25,3	27,7	31,3

¹Fonte: MEC/ Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira- INEP, 2004

²Fonte: MS/DATASUS (2003) e IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2002

8.4. Tabelas

Tabela 1 - População residente por sexo segundo unidades da federação, Brasil, 2003

Tabela 2 - Profissionais de saúde selecionados por 1.000 habitantes, Brasil, 2003

Tabela 3 - Estabelecimentos de saúde por regime de atendimento segundo unidades da federação, Brasil, 1992, 2002

Tabela 4 - Leitos para internação segundo unidades da federação, Brasil, 1992, 2002

Tabela 5 - Leitos por 1.000 habitantes segundo unidades da federação, Brasil, 2002

Tabela 6 - Comportamento dos empregos por unidades da federação, Brasil, 1992, 2002

Tabela 7 - Comportamento dos empregos por esfera administrativa, Brasil, 1992, 2002

Tabela 8 - Empregos de saúde por grupos de ocupação segundo unidades da federação, Brasil, 1992

Tabela 9 - Empregos de saúde por grupos de ocupação segundo unidades da federação, Brasil, 2002

Tabela 10 - Empregos ambulatoriais segundo unidades da federação, Brasil, 1992, 2002

Tabela 11 - Empregos hospitalares segundo unidades da federação, Brasil, 1992, 2002

Tabela 12 - Empregos de saúde por vínculo segundo categorias profissionais, Brasil, 2002

Tabela 13 - Empregos de saúde por vínculo segundo grupos de ocupação e esfera administrativa, 2002

TABELA 1- População residente por sexo segundo unidades da federação, Brasil, 2003

Regiões e Unidades da Federação	Total	Masculino	%	Feminino	%
BRASIL	176 .876 .251	87 .068 .413	49,2	89 .807 .838	50,8
■ Região Norte	13 .784 .895	6 .981 .947	50,6	6 .802 .948	49,4
Rondônia	1 .455 .914	747 .814	51,4	708 .100	48,6
Acre	600 .607	302 .641	50,4	297 .966	49,6
Amazonas	3 .031 .079	1 .523 .774	50,3	1 .507 .305	49,7
Roraima	357 .296	182 .893	51,2	174 .403	48,8
Pará	6 .574 .990	3 .327 .449	50,6	3 .247 .541	49,4
Amapá	534 .821	268 .475	50,2	266 .346	49,8
Tocantins	1 .230 .188	628 .901	51,1	601 .287	48,9
■ Região Nordeste	49 .357 .119	24 .201 .079	49,0	25 .156 .040	51,0
Maranhão	5 .873 .646	2 .922 .434	49,8	2 .951 .212	50,2
Piauí	2 .923 .695	1 .437 .510	49,2	1 .486 .185	50,8
Ceará	7 .758 .437	3 .787 .910	48,8	3 .970 .527	51,2
Rio Grande do Norte	2 .888 .087	1 .414 .402	49,0	1 .473 .685	51,0
Paraíba	3 .518 .607	1 .707 .875	48,5	1 .810 .732	51,5
Pernambuco	8 .161 .828	3 .944 .176	48,3	4 .217 .652	51,7
Alagoas	2 .917 .678	1 .424 .635	48,8	1 .493 .043	51,2
Sergipe	1 .874 .597	919 .140	49,0	955 .457	51,0
Bahia	13 .440 .544	6 .642 .997	49,4	6 .797 .547	50,6
■ Região Sudeste	75 .392 .023	36 .893 .011	48,9	38 .499 .012	51,1
Minas Gerais	18 .553 .335	9 .178 .695	49,5	9 .374 .640	50,5
Espírito Santo	3 .250 .205	1 .610 .367	49,5	1 .639 .838	50,5
Rio de Janeiro	14 .879 .144	7 .136 .931	48,0	7 .742 .213	52,0
São Paulo	38 .709 .339	18 .967 .018	49,0	19 .742 .321	51,0
■ Região Sul	26 .024 .981	12 .852 .763	49,4	13 .172 .218	50,6
Paraná	9 .906 .812	4 .906 .283	49,5	5 .000 .529	50,5
Santa Catarina	5 .607 .160	2 .793 .410	49,8	2 .813 .750	50,2
Rio Grande do Sul	10 .511 .009	5 .153 .070	49,0	5 .357 .939	51,0
■ Região Centro-Oeste	12 .317 .233	6 .139 .613	49,8	6 .177 .620	50,2
Mato Grosso do Sul	2 .169 .704	1 .085 .733	50,0	1 .083 .971	50,0
Mato Grosso	2 .651 .313	1 .363 .316	51,4	1 .287 .997	48,6
Goiás	5 .306 .424	2 .642 .873	49,8	2 .663 .551	50,2
Distrito Federal	2 .189 .792	1 .047 .691	47,8	1 .142 .101	52,2

Fonte: IBGE . Censos Demográficos . 2000 e Estimativas Populacionais

TABELA 2 - Profissionais⁽¹⁾ de saúde selecionados por 1000 habitantes, Brasil, 2003

Regiões e Unidades da Federação	Odontólogos por1000 hab	Enfermeiros por1000 hab	Médicos por1000 hab	Téc. de enf por1000 hab	Aux. de enf. por1000 hab	Atend. de enf. por1000 hab
BRASIL	1,06	0,58	1,64	0,82	2,60	0,16
■ Região Norte	0,41	0,40	0,80	0,73	1,45	0,01
Rondônia	0,46	0,31	0,69	0,35	1,86	-
Acre	0,47	0,65	0,74	0,20	1,96	-
Amazonas	0,41	0,35	0,91	0,61	0,88	0,01
Roraima	0,52	0,45	1,37	0,48	3,58	0,07
Pará	0,36	0,41	0,75	0,62	1,64	-
Amapá	0,35	0,47	0,77	2,02	0,82	-
Tocantins	0,61	0,39	0,81	1,87	0,77	0,07
■ Região Nordeste	0,48	0,45	0,95	0,39	1,58	0,01
Maranhão	0,24	0,23	0,54	0,95	0,55	-
Piauí	0,45	0,36	0,71	0,87	1,28	0,01
Ceará	0,46	0,60	0,89	0,22	2,30	-
Rio Grande do Norte	0,68	0,57	1,15	0,40	2,90	-
Paraíba	0,70	0,74	1,09	0,68	1,97	0,01
Pernambuco	0,59	0,45	1,27	0,23	1,89	-
Alagoas	0,54	0,34	1,11	0,32	1,83	0,02
Sergipe	0,54	0,41	1,08	0,48	1,78	0,15
Bahia	0,40	0,42	0,90	0,15	1,02	-
■ Região Sudeste	1,54	0,67	2,25	0,94	3,49	0,18
Minas Gerais	1,29	0,42	1,57	0,74	2,58	0,72
Espírito Santo	1,04	0,32	1,67	1,10	1,17	-
Rio de Janeiro	1,50	0,87	3,43	2,24	4,35	-
São Paulo	1,71	0,74	2,17	0,53	3,79	-
■ Região Sul	1,08	0,66	1,63	1,10	2,83	0,54
Paraná	1,15	0,40	1,43	0,21	1,82	1,07
Santa Catarina	1,04	0,61	1,39	0,89	2,45	0,09
Rio Grande do Sul	1,03	0,94	1,95	2,04	3,98	0,27
■ Região Centro-Oeste	1,18	0,52	1,58	1,39	2,06	-
Mato Grosso do Sul	1,09	0,30	1,25	0,27	2,25	-
Mato Grosso	0,80	0,37	0,97	0,57	1,69	-
Goiás	1,04	0,34	1,32	1,57	1,16	-
Distrito Federal	2,04	1,37	3,25	3,03	4,48	0,01

Fonte: Conselhos Federais das categorias, 2003

(1)- Só foram considerados os profissionais que se encontram em atividade.

TABELA 3 - Estabelecimentos de Saúde por regime de atendimento segundo unidades da federação, Brasil, 1992, 2002

Regiões e Unidades da Federação	Total			Com internação			Sem internação		
	1992	2002	%	1992	2002	%	1992	2002	%
BRASIL	49676	65343	31,5	7430	7397	-0,4	42246	57946	37,2
Rondônia	725	764	5,4	88	116	31,8	637	648	1,7
Acre	210	345	64,3	26	32	23,1	184	313	70,1
Amazonas	599	882	47,2	89	115	29,2	510	767	50,4
Roraima	147	242	64,6	19	23	21,1	128	219	71,1
Pará	1331	2147	61,3	219	262	19,6	1112	1885	69,5
Amapá	138	221	60,1	18	25	38,9	120	196	63,3
Tocantins	363	536	47,7	112	69	-38,4	251	467	86,1
Maranhão	1011	1846	82,6	304	298	-2,0	707	1548	119,0
Piauí	1057	1480	40,0	126	202	60,3	931	1278	37,3
Ceará	2192	2869	30,9	341	300	-12,0	1851	2569	38,8
Rio Grande do Norte	1146	1437	25,4	196	195	-0,5	950	1242	30,7
Paraíba	1275	1665	30,6	224	210	-6,3	1051	1455	38,4
Pernambuco	1977	3026	53,1	367	352	-4,1	1610	2674	66,1
Alagoas	741	935	26,2	108	106	-1,9	633	829	31,0
Sergipe	627	809	29,0	59	59	0,0	568	750	32,0
Bahia	3080	4845	57,3	503	606	20,5	2577	4239	64,5
Minas Gerais	5992	8858	47,8	771	762	-1,2	5221	8096	55,1
Espírito Santo	1198	1491	24,5	144	122	-15,3	1054	1369	29,9
Rio de Janeiro	3750	4679	24,8	584	530	-9,2	3166	4149	31,0
São Paulo	8777	9384	6,9	1.048	962	-8,2	7729	8422	9,0
Paraná	3769	4393	16,6	610	556	-8,9	3159	3837	21,5
Santa Catarina	2288	3166	38,4	229	234	2,2	2059	2932	42,4
Rio Grande do Sul	3955	4198	6,1	438	416	-5,0	3517	3782	7,5
Mato Grosso do Sul	668	946	41,6	150	145	-3,3	518	801	54,6
Mato Grosso	871	1346	54,5	196	197	0,5	675	1149	70,2
Goiás	1399	1968	40,7	413	447	8,2	986	1521	54,3
Distrito Federal	390	865	121,8	48	56	16,7	342	809	136,5

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992, 2002

TABELA 4- Leitos para internação segundo unidades da federação, Brasil, 1992, 2002

Unidades da Federação	Leitos hospitalares		Variação relativa (%) 1992/2002
	1992	2002	
BRASIL	544357	471171	-13,4
Rondônia	3230	3361	4,1
Acre	1488	1602	7,7
Amazonas	3682	4701	27,7
Roraima	641	780	21,7
Pará	9671	13494	39,5
Amapá	731	856	17,1
Tocantins	3632	2859	-21,3
Maranhão	21256	14750	-30,6
Piauí	7148	7877	10,2
Ceará	19646	17124	-12,8
Rio Grande do Norte	6940	7468	7,6
Paraíba	13665	11434	-16,3
Pernambuco	24832	22489	-9,4
Alagoas	7951	6870	-13,6
Sergipe	3696	4082	10,4
Bahia	26372	30070	14,0
Minas Gerais	60791	49261	-19,0
Espírito Santo	8096	7670	-5,3
Rio de Janeiro	66343	49999	-24,6
São Paulo	125147	98169	-21,6
Paraná	35450	30287	-14,6
Santa Catarina	17256	15879	-8,0
Rio Grande do Sul	36404	33213	-8,8
Mato Grosso do Sul	6726	6925	3,0
Mato Grosso	7541	7786	3,2
Goiás	21162	17366	-17,9
Distrito Federal	4860	4797	-1,3

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992-2002

TABELA 5- Leitos por 1000 habitantes segundo unidades da federação, Brasil, 2002

Unidades da Federação	Total		Público		Privado	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002
BRASIL	3,65	3,15	0,91	0,98	2,74	2,17
Rondônia	2,71	2,35	1,58	1,51	1,14	0,84
Acre	3,48	2,73	2,54	1,95	0,94	0,78
Amazonas	1,70	1,59	1,24	1,15	0,46	0,44
Roraima	2,80	2,25	2,54	2,09	0,26	0,16
Pará	1,82	2,09	0,56	0,71	1,25	1,38
Amapá	2,44	1,66	1,74	1,28	0,70	0,38
Tocantins	3,84	2,37	1,73	0,76	2,11	1,61
Maranhão	4,26	2,54	0,95	1,23	3,31	1,31
Piauí	2,74	2,72	1,50	1,62	1,24	1,10
Ceará	3,05	2,23	0,85	0,90	2,20	1,33
Rio Grande do Norte	2,83	2,62	1,26	1,27	1,58	1,35
Paraíba	4,23	3,27	1,10	1,27	3,13	1,99
Pernambuco	3,45	2,78	1,26	1,26	2,19	1,52
Alagoas	3,12	2,37	0,96	0,87	2,16	1,50
Sergipe	2,44	2,21	0,75	0,48	1,69	1,73
Bahia	2,11	2,18	0,69	0,83	1,50	1,35
Minas Gerais	3,81	2,68	0,59	0,57	3,23	2,12
Espírito Santo	3,06	2,39	0,68	0,64	1,99	1,75
Rio de Janeiro	5,14	3,40	1,59	1,24	3,54	2,16
São Paulo	3,90	2,57	0,77	0,62	3,13	1,95
Paraná	4,17	3,03	0,63	0,55	3,53	2,47
Santa Catarina	3,74	2,87	0,93	0,69	2,81	2,18
Rio Grande do Sul	3,94	3,19	0,75	0,58	3,19	2,61
Mato Grosso do Sul	3,70	3,24	0,45	0,71	3,25	2,52
Mato Grosso	3,58	2,99	0,39	0,72	3,19	2,27
Goiás	5,16	3,33	0,94	0,93	4,22	2,40
Distrito Federal	2,97	2,20	2,05	1,39	0,91	0,82

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992, 2002

TABELA 6- Comportamento dos empregos por unidades da federação, Brasil, 1992, 2002

Unidades da Federação	Empregos totais		Variação relativa (%) 1992/2002
	1992	2002	
BRASIL	1.438.708	2.180.598	51,6
Rondônia	7.883	14.268	81,0
Acre	4.058	7.446	83,5
Amazonas	11.980	31.626	164,0
Roraima	2.422	4.925	103,3
Pará	25.463	53.000	108,1
Amapá	2.717	6.154	126,5
Tocantins	6.803	15.186	123,2
Maranhão	26.463	43.578	64,7
Piauí	17.937	31.906	77,9
Ceará	49.465	74.995	51,6
Rio Grande do Norte	25.294	42.518	68,1
Paraíba	29.517	42.625	44,4
Alagoas	21.305	29.788	39,8
Sergipe	13.913	23.557	69,3
Bahia	73.969	132.071	78,5
Minas Gerais	139.160	232.891	67,4
Espírito Santo	24.594	41.558	69,0
Rio de Janeiro	194.958	249.704	28,1
São Paulo	395.776	522.086	31,9
Paraná	78.287	117.361	49,9
Santa Catarina	39.556	65.122	64,6
Rio Grande do Sul	94.672	141.732	49,7
Mato Grosso do Sul	14.067	27.222	93,5
Mato Grosso	13.025	28.011	115,1
Goiás	34.189	60.069	75,7
Distrito Federal	27.908	39.016	39,8

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992-2002

TABELA 7- Comportamento dos empregos por esfera administrativa, Brasil, 1992, 2002

Unidades da Federação	Empregos públicos			Empregos privados		
	1992	2002	Variação relativa (%) 1992/2002	1992	2002	Variação relativa (%) 1992/2002
BRASIL	735.820	1.194.247	62,3	702.888	986.351	40,3
Rondônia	6.458	11.077	71,5	1.425	3.191	123,9
Acre	3.507	6.306	79,8	551	1.140	106,9
Amazonas	10.337	25.562	147,3	1.643	6.064	269,1
Roraima	2.154	4.479	107,9	268	446	66,4
Pará	16.427	38.100	131,9	9.036	14.900	64,9
Amapá	2.243	5.038	124,6	474	1.116	135,4
Tocantins	5.142	9.787	90,3	1.661	5.399	225,0
Maranhão	16.502	33.011	100,0	9.961	10.567	6,1
Piauí	13.160	24.601	86,9	4.777	7.305	52,9
Ceará	31.065	51.698	66,4	18.400	23.297	26,6
Rio Grande do Norte	18.402	29.971	62,9	6.892	12.547	82,1
Paraíba	18.792	31.295	66,5	10.725	11.330	5,6
Pernambuco	40.331	64.297	59,4	22.996	37.886	64,8
Alagoas	12.887	20.262	57,2	8.418	9.526	13,2
Sergipe	9.269	13.799	48,9	4.644	9.758	110,1
Bahia	40.130	72.645	81,0	33.839	59.426	75,6
Minas Gerais	58.472	120.498	106,1	80.688	112.393	39,3
Espirito Santo	11.908	22.989	93,1	12.686	18.569	46,4
Rio de Janeiro	111.044	139.602	25,7	83.914	110.102	31,2
São Paulo	173.429	233.143	34,4	222.347	288.943	30,0
Paraná	32.871	54.817	66,8	45.416	62.544	37,7
Santa Catarina	19.792	35.443	79,1	19.764	29.679	50,2
Rio Grande do Sul	33.609	56.179	67,2	61.063	85.553	40,1
Mato Grosso do Sul	6.451	13.778	113,6	7.616	13.444	76,5
Mato Grosso	6.177	17.245	179,2	6.848	10.766	57,2
Goiás	15.680	35.407	125,8	18.509	24.662	33,2
Distrito Federal	19.581	23.218	18,6	8.327	15.798	89,7

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992, 2002

TABELA 8 - Empregos de saúde por grupos de ocupação segundo unidades da federação, Brasil, 1992

Unidades da Federação	Total	Superior	Técnico/ auxiliar	Elementar	Administrativo
	V.abs.	Em porcentual			
BRASIL	1.438.708	31,4	21,6	19,0	28,1
Rondônia	7.883	19,6	22,1	29,2	29,0
Acre	4.058	13,0	23,2	27,9	35,8
Amazonas	11.980	21,6	25,6	19,8	33,0
Roraima	2.422	17,9	13,3	47,0	21,8
Pará	25.463	24,6	27,3	15,7	32,3
Amapá	2.717	19,6	40,6	17,6	22,3
Tocantins	6.803	19,6	28,0	16,5	36,0
Maranhão	321.190	20,2	21,9	24,8	33,0
Piauí	26.463	23,6	16,0	29,1	31,3
Ceará	17.937	30,4	16,6	24,5	28,5
Rio Grande do Norte	49.465	26,8	18,9	29,0	25,3
Paraíba	25.294	31,8	20,3	18,7	29,2
Pernambuco	29.517	28,0	19,4	19,4	33,2
Alagoas	63.327	25,9	17,7	29,6	26,7
Sergipe	21.305	24,6	21,4	23,4	30,7
Bahia	13.913	27,6	22,8	19,0	30,6
Minas Gerais	73.969	34,3	18,3	21,2	26,2
Espírito Santo	754.488	31,6	16,4	23,6	28,5
Rio de Janeiro	139.160	34,8	29,5	7,5	28,2
São Paulo	24.594	32,7	19,8	19,3	28,2
Paraná	194.958	35,8	17,3	20,9	25,9
Santa Catarina	395.776	32,8	16,5	27,9	22,7
Rio Grande do Sul	212.515	31,4	23,5	20,9	24,3
Mato Grosso do Sul	78.287	32,7	17,2	20,8	29,3
Mato Grosso	39.556	31,3	15,2	29,9	23,6
Goiás	94.672	27,9	26,4	15,9	29,8
Distrito Federal	89.189	31,1	34,5	6,6	27,8

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992

TABELA 9 - Empregos de saúde por grupos de ocupação segundo unidades da federação, Brasil, 2002

Unidades da Federação	Total	Superior	Técnico/ auxiliar	Elementar	Administrativa
	V.abs.	Em porcentual			
BRASIL	2.180.598	33,5	28,6	11,2	26,7
Rondônia	14.268	22,4	28,0	21,5	28,1
Acre	7.446	22,3	22,3	23,9	31,5
Amazonas	31.626	23,6	30,4	18,9	27,2
Roraima	4.925	24,9	34,1	18,4	22,6
Pará	53.000	2,3	27,8	20,9	28,0
Amapá	6.154	20,2	32,5	21,4	25,9
Tocantins	15.186	19,5	25,7	23,8	31,0
Maranhão	43.578	23,2	25,0	28,0	23,8
Piauí	31.906	26,5	22,1	23,5	27,9
Ceará	74.995	30,8	24,5	18,6	26,0
Rio Grande do Norte	42.518	29,6	29,0	13,7	27,6
Paraíba	42.625	30,3	22,1	18,2	29,4
Pernambuco	102.183	30,2	26,7	12,3	30,8
Alagoas	29.788	27,8	26,6	20,6	25,0
Sergipe	23.557	28,2	23,2	20,2	28,4
Bahia	132.071	30,1	25,3	16,0	28,5
Minas Gerais	232.891	34,9	28,3	10,8	26,1
Espírito Santo	41.558	34,7	28,5	12,1	24,6
Rio de Janeiro	249.704	38,6	30,1	5,2	26,1
São Paulo	522.086	36,3	31,0	5,9	26,8
Paraná	117.361	34,9	28,8	11,4	25,0
Santa Catarina	65.122	34,8	28,8	14,7	21,7
Rio Grande do Sul	141.732	38,0	30,9	6,5	24,6
Mato Grosso do Sul	27.222	33,8	22,7	14,8	28,7
Mato Grosso	28.011	29,1	27,1	18,4	25,3
Goiás	60.069	29,6	28,3	14,3	27,7
Distrito Federal	39.016	32,4	33,1	3,1	31,5

Fonte: IBGE, Pesquisa de Assistência Médica Sanitária ,2002

TABELA 10 - Empregos ambulatoriais segundo unidades da federação, Brasil, 1992, 2002

Unidades da Federação	Empregos ambulatoriais Variação relativa (%)		
	1992	2002	1992/2002
BRASIL	512.299	946.281	84,7
Rondônia	2.426	5.717	135,7
Acre	1.473	3.419	132,1
Amazonas	4.770	14.596	206,0
Roraima	1.289	2.350	82,3
Pará	10.681	26.528	148,4
Amapá	995	2.511	152,4
Tocantins	1.866	9.226	394,4
Maranhão	8.013	20.118	151,1
Piauí	6.635	15.005	126,1
Ceará	19.956	37.934	90,1
Rio Grande do Norte	10.086	21.390	112,1
Paraíba	13.242	22.124	67,1
Pernambuco	16.080	40.962	154,7
Alagoas	7.882	14.110	79,0
Sergipe	7.013	13.242	88,8
Bahia	26.206	62.112	137,0
Minas Gerais	53.716	120.730	124,8
Espírito Santo	10.530	19.645	86,6
Rio de Janeiro	64.424	92.407	43,4
São Paulo	137.045	186.998	36,5
Paraná	32.151	56.610	76,1
Santa Catarina	16.164	36.109	123,4
Rio Grande do Sul	29.630	52.236	76,3
Mato Grosso do Sul	5.915	14.134	139,0
Mato Grosso	5.480	15.181	177,0
Goiás	11.687	27.836	138,2
Distrito Federal	6.944	13.051	87,9

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992-2002

TABELA II - Empregos hospitalares segundo unidades da federação, Brasil, 1992, 2002

Unidades da Federação	Empregos hospitalares		Variação relativa (%) 1992/2002
	1992	2002	
BRASIL	926.409	1.210.569	30,7
Rondônia	5.457	8.422	54,3
Acre	2.585	4.027	55,8
Amazonas	7.210	16.768	132,6
Roraima	1.133	2.575	127,3
Pará	14.782	26.299	77,9
Amapá	1.722	3.643	111,6
Tocantins	4.937	5.916	19,8
Maranhão	18.450	23.375	26,7
Piauí	11.302	16.753	48,2
Ceará	29.509	36.534	23,8
Rio Grande do Norte	15.208	21.077	38,6
Paraíba	16.275	20.248	24,4
Pernambuco	47.247	61.170	29,5
Alagoas	13.423	15.538	15,8
Sergipe	6.900	9.976	44,6
Bahia	47.763	69.451	45,4
Minas Gerais	85.444	109.813	28,5
Espírito Santo	14.064	21.000	49,3
Rio de Janeiro	130.534	153.219	17,4
São Paulo	258.731	328.824	27,1
Paraná	46.136	58.835	27,5
Santa Catarina	23.392	28.826	23,2
Rio Grande do Sul	65.042	85.939	32,1
Mato Grosso do Sul	8.152	12.829	57,4
Mato Grosso	7.545	12.332	63,4
Goiás	22.502	31.959	42,0
Distrito Federal	20.964	25.221	20,3

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992-2002

TABELA 12 - Empregos de saúde por vínculo segundo categorias profissionais, Brasil, 2002

Categorias profissionais por ocupação	Total	%	Próprio	%	Intermediado	%	Outro	%
TOTAL	2.180.598	100	1.722.589	79,0	210.976	9,7	247.033	11,3
Anestesiata	24.412	100	8.970	36,7	4.545	18,6	10.897	44,6
Assistente Social	13.167	100	11.480	87,2	992	7,5	695	5,3
Bioquímico/Farmacêutico	28.670	100	23.675	82,6	1.898	6,6	3.097	10,8
Cirurgião Geral	32.981	100	14.692	44,5	4.422	13,4	13.867	42,0
Clínico Geral	94.481	100	62.592	66,2	10.375	11,0	21.514	22,8
Enfermeiro	88.952	100	77.776	87,4	6.200	7,0	4.976	5,6
Fisioterapeuta	22.558	100	14.210	63,0	2.683	11,9	5.665	25,1
Fonoaudiólogo	7.974	100	4.624	58,0	964	12,1	2.386	29,9
Gineco-obstetra	56.080	100	28.953	51,6	6.272	11,2	20.855	37,2
Médico de família	16.695	100	13.632	81,7	1.841	11,0	1.222	7,3
Nutricionista	9.536	100	7.661	80,3	681	7,1	1.194	12,5
Odontólogo	56.995	100	45.130	79,2	4.444	7,8	7.421	13,0
Pediatra	58.104	100	36.432	62,7	6.649	11,4	15.023	25,9
Psicólogo	15.716	100	11.312	72,0	1.394	8,9	3.010	19,2
Psiquiatra	8.961	100	6.245	69,7	1.000	11,2	1.716	19,1
Radiologista	14.936	100	8.079	54,1	2.026	13,6	4.831	32,3
Residente	15.398	100	9.689	62,9	1.176	7,6	4.533	29,4
Sanitarista	889	100	749	84,3	72	8,1	68	7,6
Outras especialidades médicas	144.064	100	75.160	52,2	17.385	12,1	51.519	35,8
Outros - nível superior	19.178	100	13.049	68,0	1.848	9,6	4.281	22,3
Auxiliar de enfermagem	389.277	100	354.851	91,2	21.760	5,6	12.666	3,3
Técnico de enfermagem	82.627	100	75.446	91,3	5.117	6,2	2.064	2,5
Técnico de enfermagem Técnico e auxiliar de farmácia	82.627	100	75.446	91,3	5.117	6,2	2.064	2,5
Técnico e auxiliar de laboratório	12.878	100	11.650	90,5	780	6,1	448	3,5
Técnico e auxiliar em nutrição	41.187	100	35.786	86,9	3.362	8,2	2.039	5,0
Técnico e auxiliar em fisioterapia	8.876	100	7.951	89,6	460	5,2	465	5,2
Técnico e auxiliar em saúde oral	4.874	100	4.089	83,9	403	8,3	382	7,8
Técnico em saúde oral	14.666	100	13.193	90,0	891	6,1	582	4,0
Técnico e auxiliar em vig sanitária e ambiental	2.453	100	2.176	88,7	188	7,7	89	3,6
Técnico em equipamentos médico-hospitalares	1.923	100	1.476	76,8	221	11,5	226	11,8
Técnico em radiologia médica	24.347	100	19.490	80,1	2.894	11,9	1.963	8,1
Técnico e auxiliar em hematologia	3.257	100	2.774	85,2	282	8,7	201	6,2
Técnico e auxiliar Técnico em citologia/citotécnica	626	100	526	84,0	43	6,9	57	9,1
Técnico em citologia/citotécnica	1.325	100	1.060	80,0	133	10,0	132	10,0
Outros - nível técnico e auxiliar	31.755	100	25.098	79,0	1.807	5,7	4.850	15,3
Agente comunitário de saúde	142.696	100	112.473	78,8	21.617	15,1	8.606	6,0
Atend de enfermagem/ auxiliar serviços gerais	60.639	100	54.423	89,7	3.969	6,5	2.247	3,7
Outros - nível elementar	41.474	100	33.825	81,6	5.503	13,3	2.146	5,2
Ocupações administrativas	581.711	100	488.319	83,9	64.395	11,1	28.997	5,0

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2002

TABELA 13- Empregos de saúde por vínculos segundo grupos de ocupação e esfera administrativa, Brasil, 2002

Grupo de ocupação: nível superior

Esfera administrativa	Total	%	Próprio	%	Intermediado	%	Outro	%
TOTAL	729.747	100	474.110	65,0	76.867	10,5	178.770	24,5
Público federal	31.988	100	24.882	77,8	3.890	12,2	3.216	10,1
Público estadual	92.757	100	75.452	81,3	9.132	9,8	8.173	8,8
Público municipal	241.291	100	207.329	85,9	19.289	8,0	14.673	6,1
Privado com fins lucrativos	221.217	100	103.801	46,9	29.958	13,5	87.458	39,5
Privado sem fins lucrativos	142.494	100	62.646	44,0	14.598	10,2	65.250	45,8

Grupo de ocupação: nível técnico e auxiliar

Esfera administrativa	Total	%	Próprio	%	Intermediado	%	Outro	%
TOTAL	624.331	100	559.439	89,6	38.625	6,2	26.267	4,2
Público federal	30.682	100	23.549	76,8	5.177	16,9	1.956	6,4
Público estadual	105.987	100	91.259	86,1	6.970	6,6	7.758	7,3
Público municipal	191.925	100	170.944	89,1	14.322	7,5	6.659	3,5
Privado com fins lucrativos	148.698	100	134.323	90,3	8.001	5,4	6.374	4,3
Privado sem fins lucrativos	147.039	100	139.364	94,8	4.155	2,8	3.520	2,4

Grupo de ocupação: nível elementar

Esfera administrativa	Total	%	Próprio	%	Intermediado	%	Outro	%
TOTAL	244.809	100	200.721	82,0	31.089	12,7	12.999	5,3
Público federal	4.987	100	3.701	74,2	1.007	20,2	279	5,6
Público estadual	20.051	100	17.094	85,3	1.974	9,8	983	4,9
Público municipal	191.063	100	153.341	80,3	26.726	14,0	10.996	5,8
Privado com fins lucrativos	12.160	100	11.151	91,7	636	5,2	373	3,1
Privado sem fins lucrativos	16.548	100	15.434	93,3	746	4,5	368	2,2

Grupo de ocupação: nível administrativo

Esfera administrativa	Total	%	Próprio	%	Intermediado	%	Outro	%
TOTAL	581.711	100	488.319	83,9	64.395	11,1	28.997	5,0
Público federal	28.357	100	17.479	61,6	8.165	28,8	2.713	9,6
Público estadual	87.502	100	61.526	70,3	18.198	20,8	7.778	8,9
Público municipal	167.657	100	139.444	83,2	20.012	11,9	8.201	4,9
Privado com fins lucrativos	174.693	100	154.818	88,6	12.807	7,3	7.068	4,0
Privado sem fins lucrativos	123.502	100	115.052	93,2	5.213	4,2	3.237	2,6

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 2002

Nota: Classificação da relação de trabalho do pessoal: próprio - contrato direto com o estabelecimento; intermediado - contrato através de empresa, cooperativo ou outro tipo de entidade diferente do estabelecimento; outro - prestador de serviço autônomo, etc.

8.5. Gráficos

Gráfico 1 - Variação dos estabelecimentos no período de 1992 a 2002, Brasil

Gráfico 2 - Variação dos leitos hospitalares no período de 1992 a 2002, Brasil

Gráfico 3 - Total de empregos de saúde por esfera administrativa segundo anos selecionados, Brasil.

Gráfico 4 - Variação dos empregos de saúde no período de 1992 a 2002, Brasil.

Gráfico 5 - Evolução da participação dos empregos federais no total de empregos segundo unidades da federação, Brasil, 1992 - 2002.

Gráfico 6 - Evolução da participação dos empregos estaduais no total de empregos segundo unidades da federação, Brasil, 1992 - 2002.

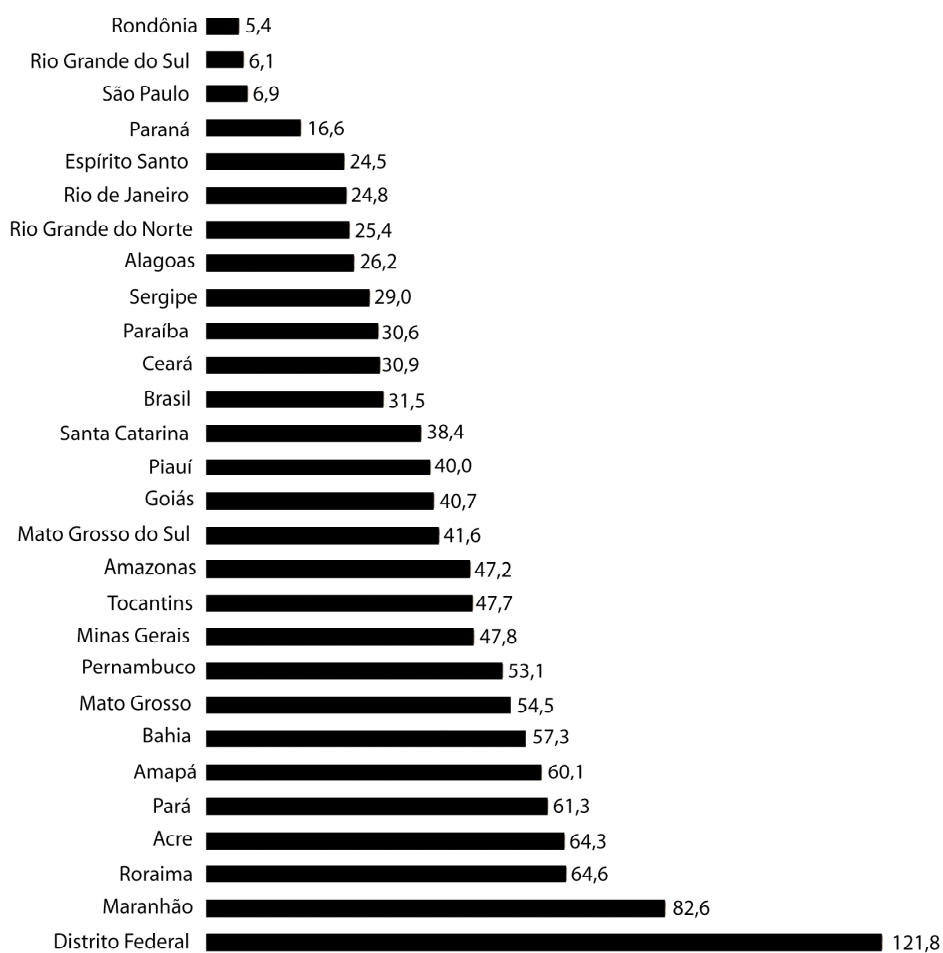
Gráfico 7 - Evolução da participação dos empregos municipais no total de empregos segundo unidades da federação, Brasil, 1992 - 2002.

Gráfico 8 - Total de empregos de saúde por grupos de ocupações*, segundo alguns anos selecionados, Brasil.

Gráfico 9 - Evolução dos empregos ambulatoriais segundo unidades da federação. Brasil, 2002.

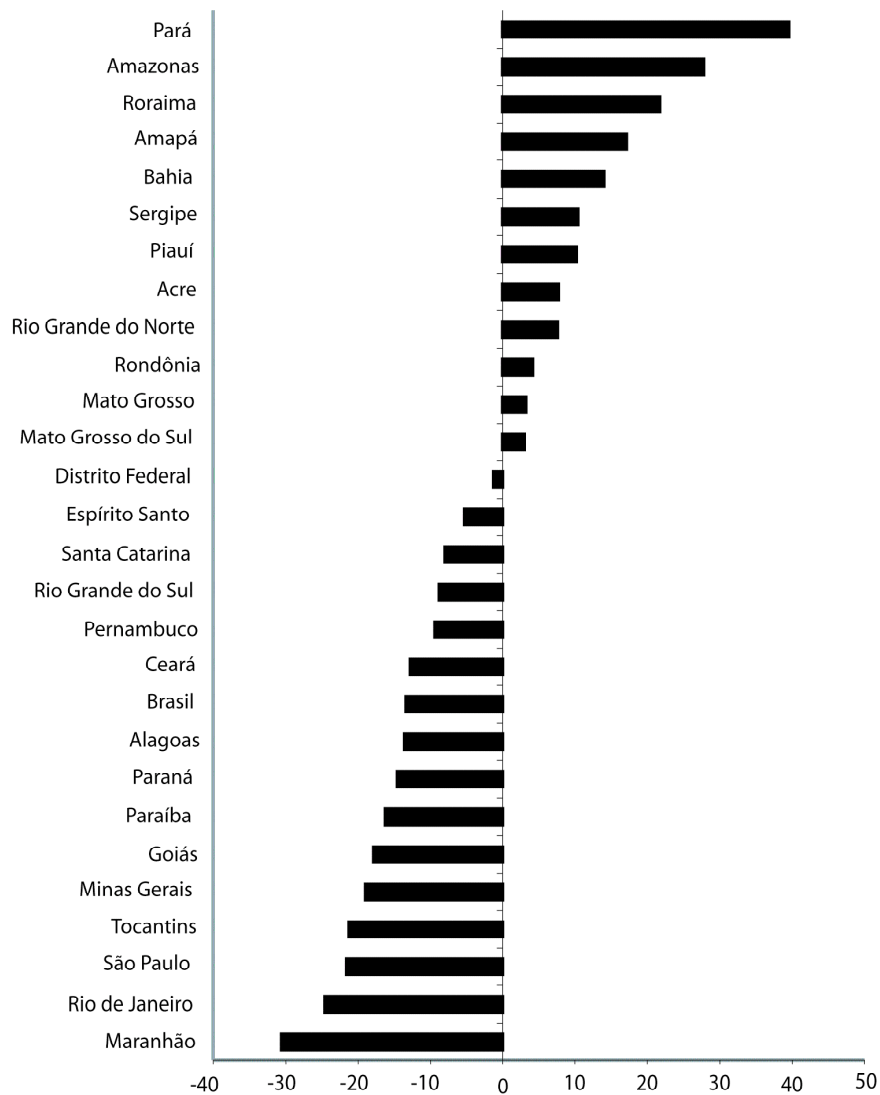
Gráfico 10 - Evolução dos empregos hospitalares segundo unidades da federação, Brasil, 2002.

GRÁFICO I - Variação dos estabelecimentos no período 1992 a 2002, Brasil



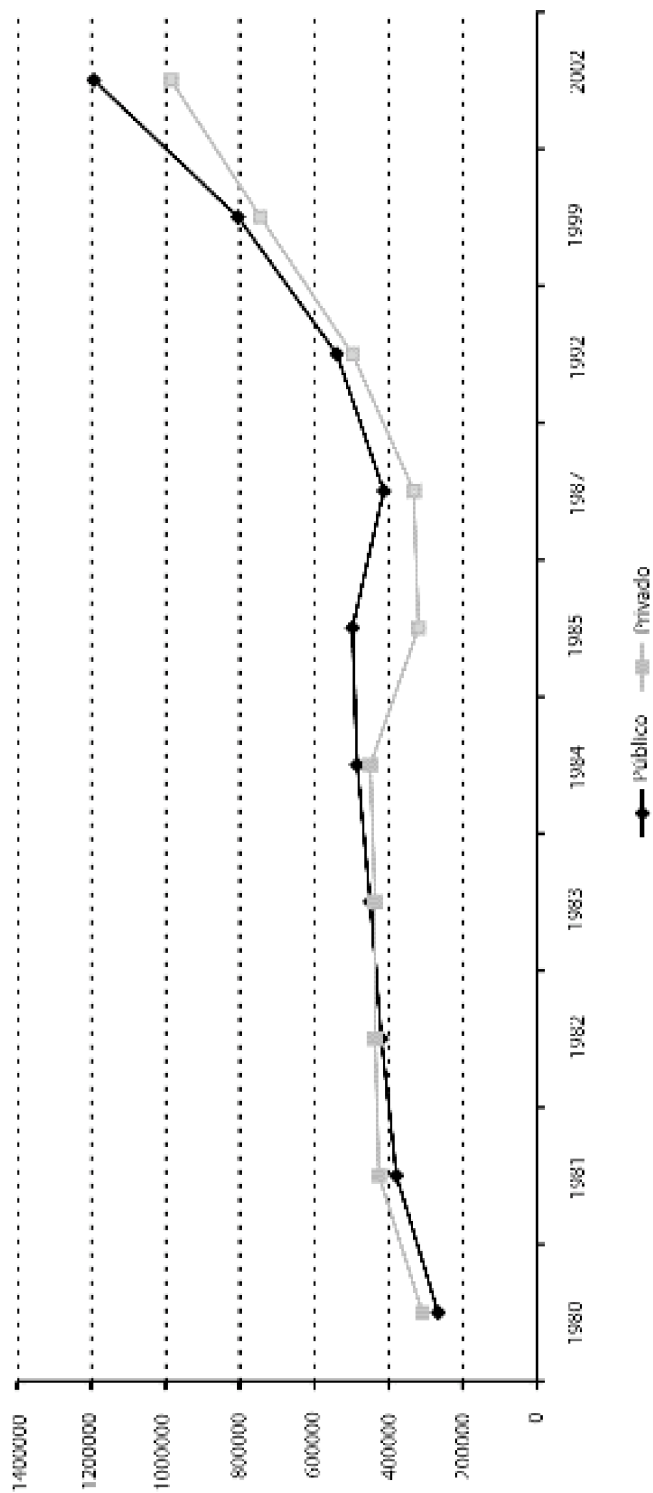
Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992,2002

GRÁFICO 2 - Variação dos leitos hospitalares no período de 1992 a 2002, Brasil

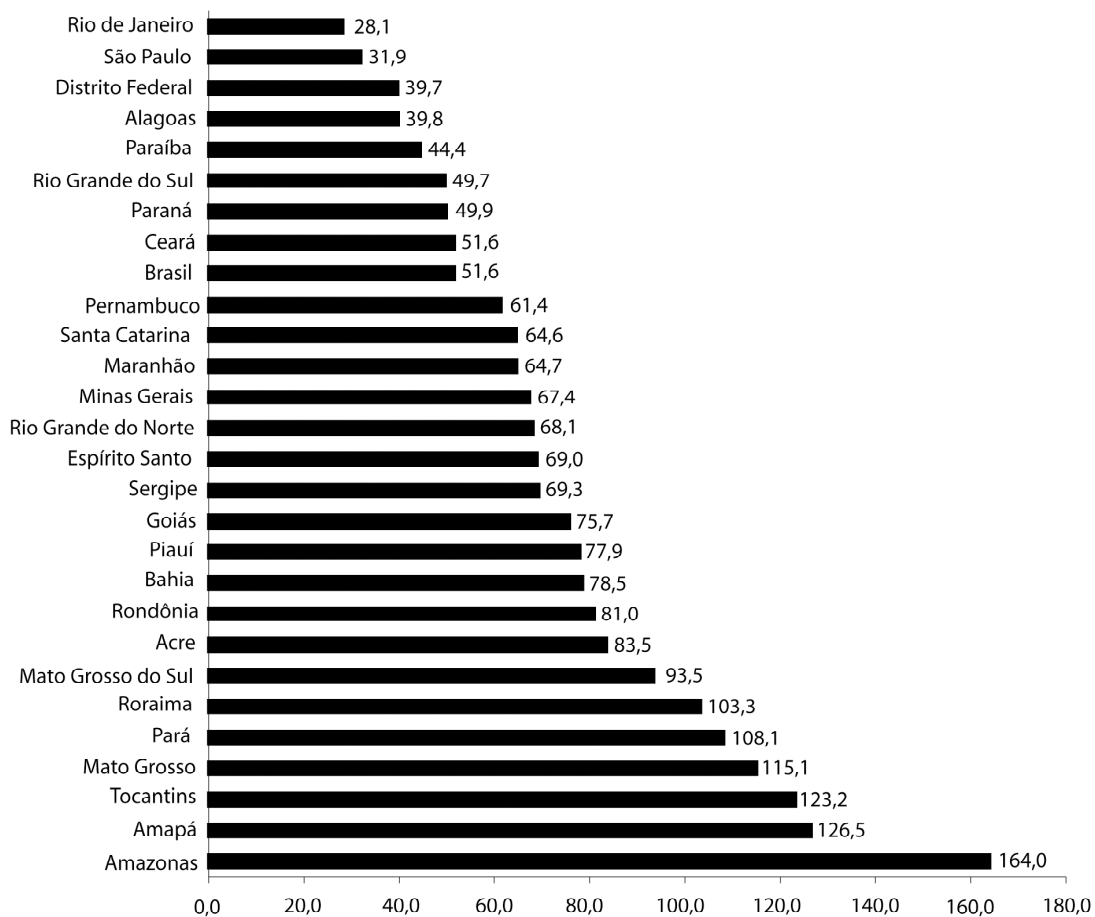


Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992,2002.

GRÁFICO 3 - Total de empregos de saúde por esfera administrativa segundo anos selecionados, Brasil

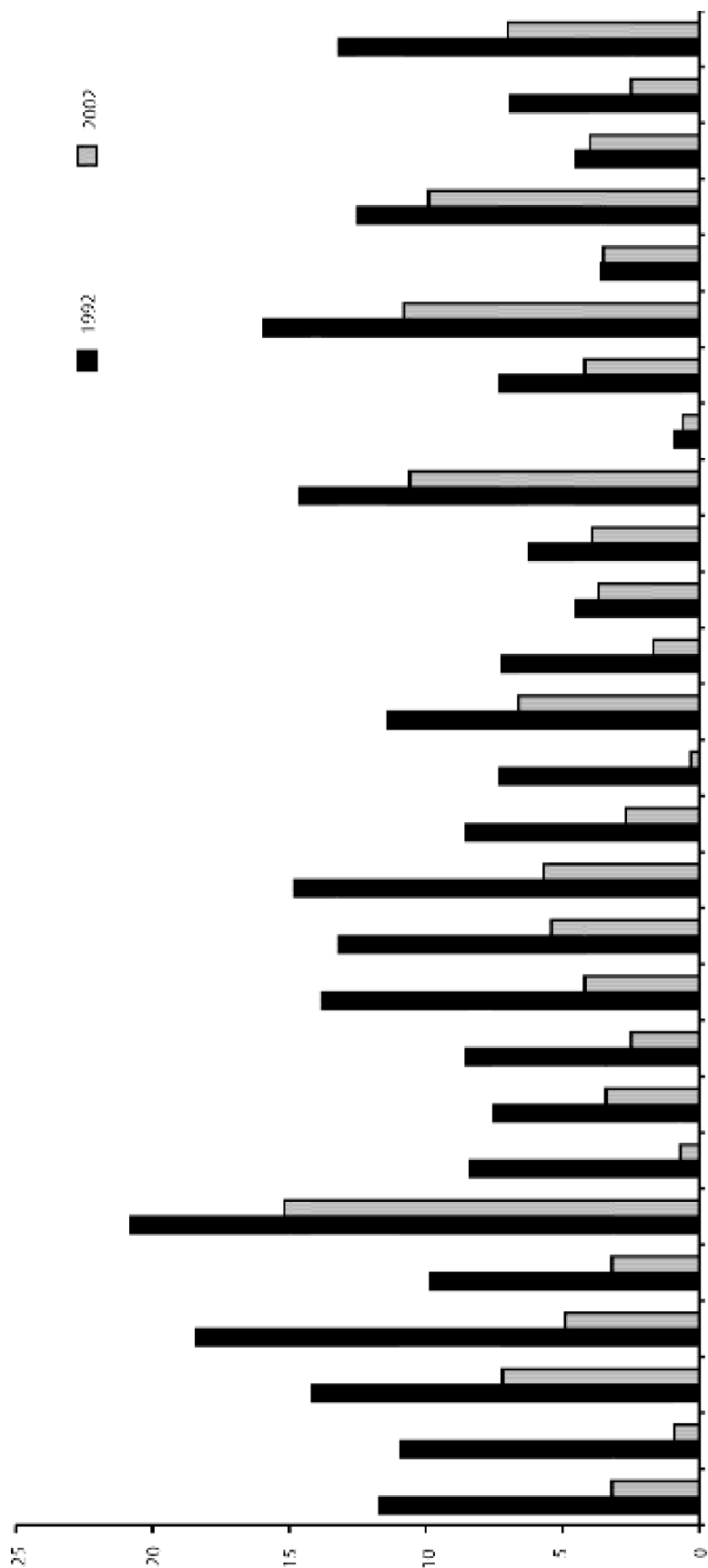


Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária (vários anos)

GRÁFICO 4 - Variação dos empregos no período de 1992 a 2002, Brasil

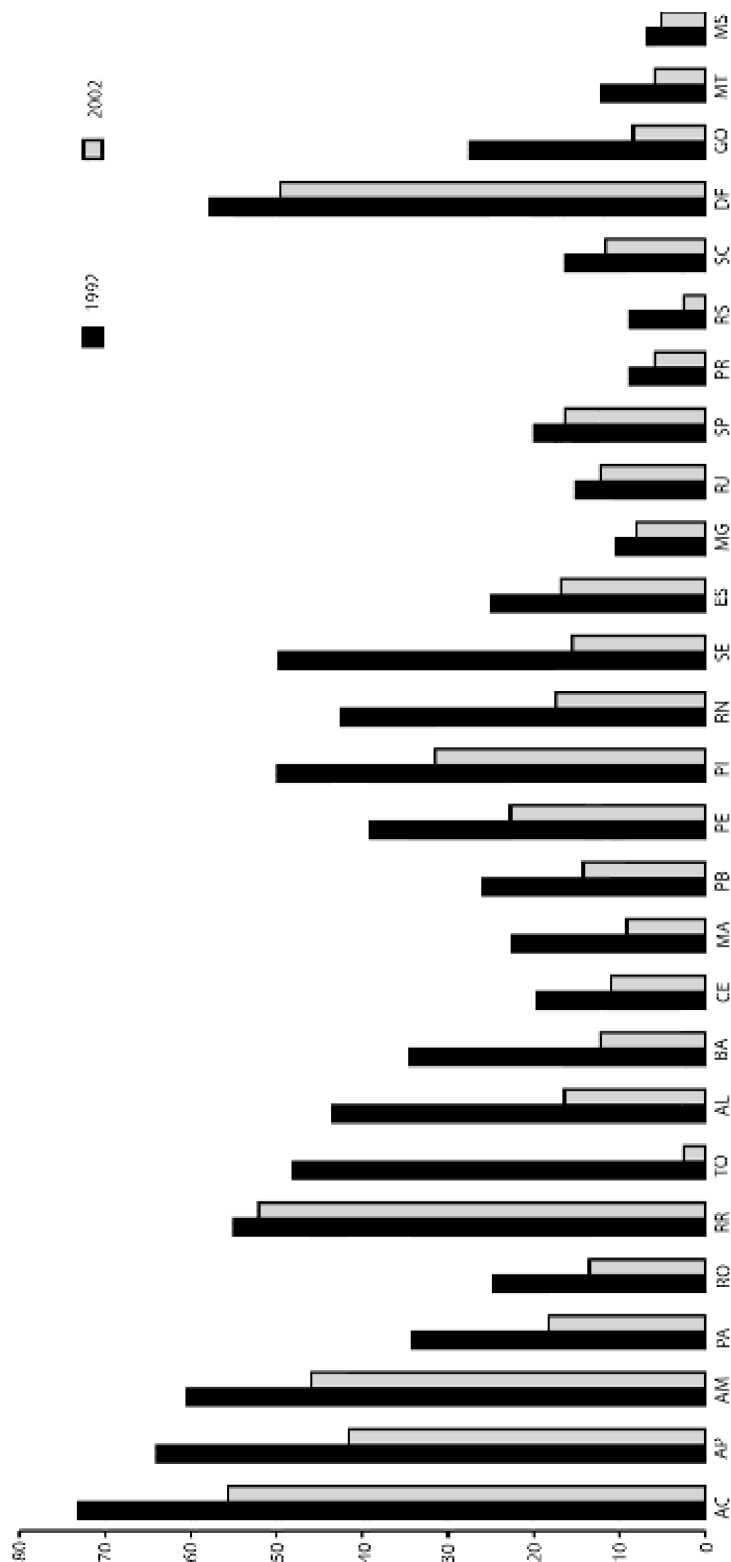
Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992,2002.

GRÁFICO 5 - Evolução da participação dos empregos federais no total de empregos segundo unidades da federação, Brasil, 1992 - 2002



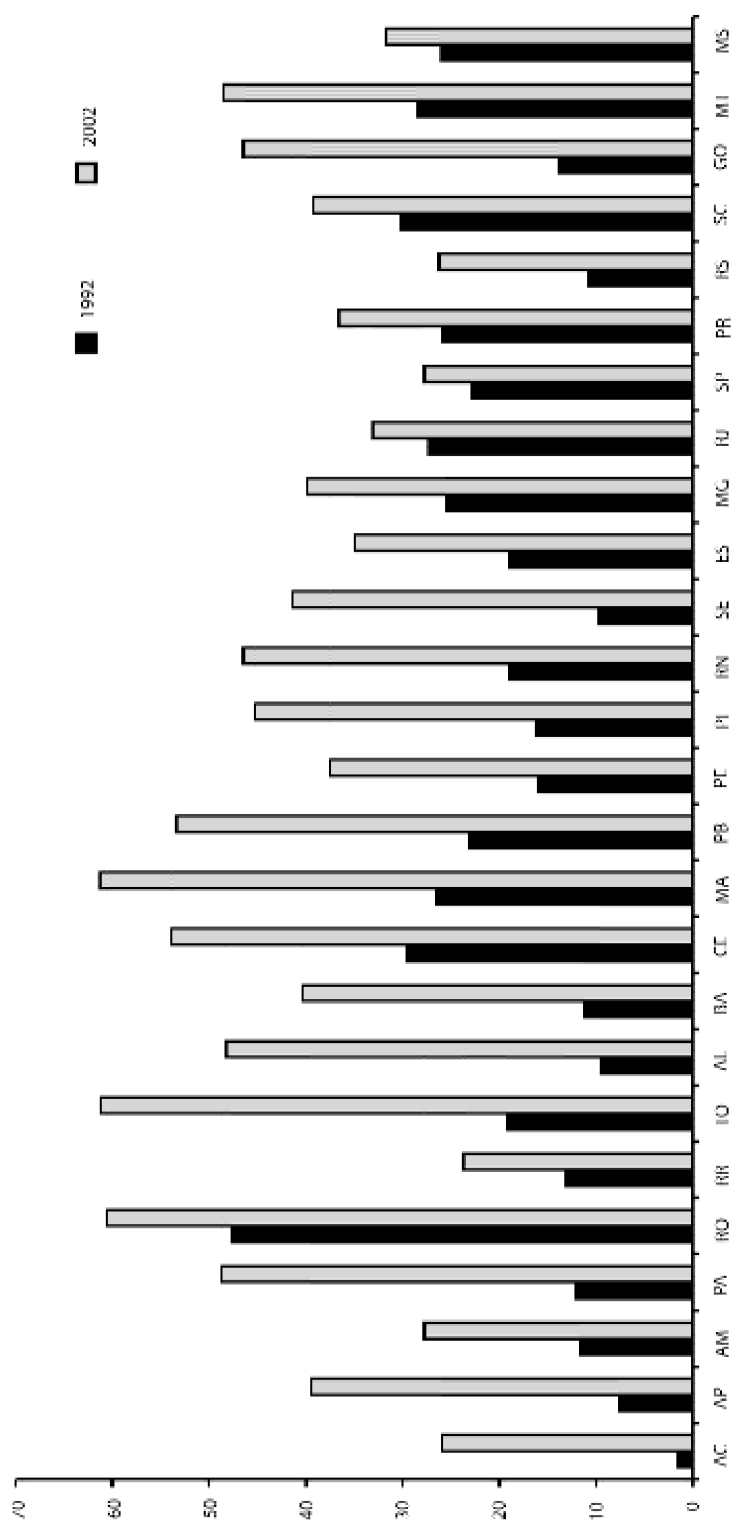
Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992,2002.

GRÁFICO 6 - Evolução da participação dos empregos estaduais no total de empregos segundo unidades da federação, Brasil, 1992 - 2002



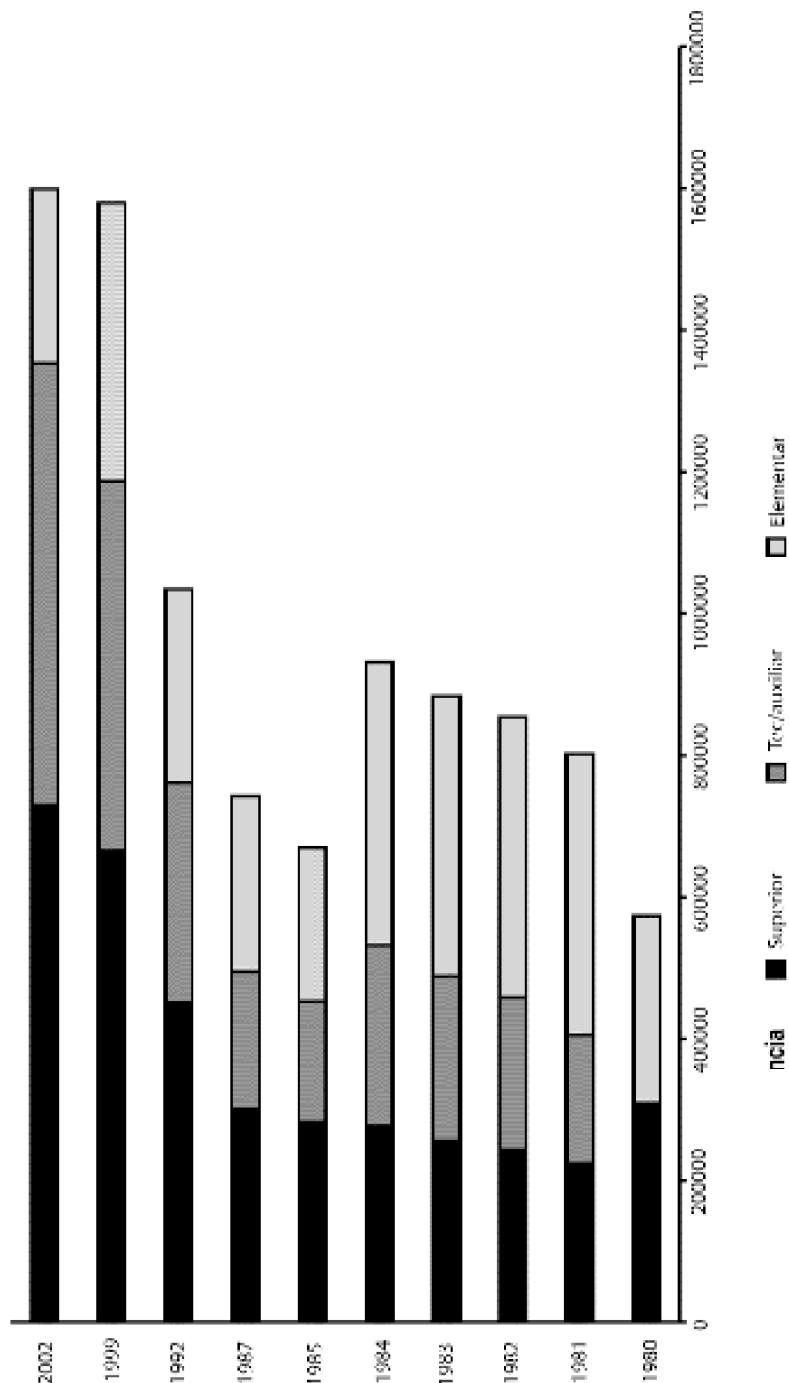
Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992,2002.

GRÁFICO 7 - Evolução da participação dos empregos municipais no total de empregos segundo unidades da federação, Brasil, 1992 - 2002



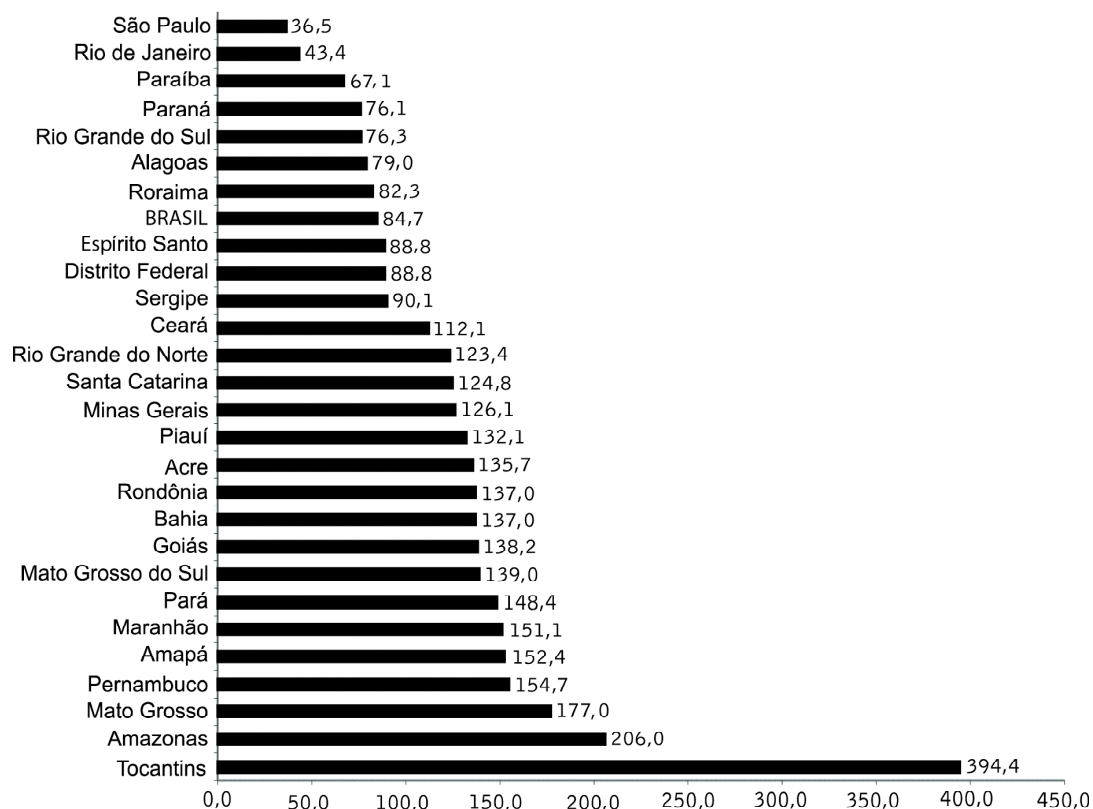
Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992,2002.

GRÁFICO 8 - Total de empregos de saúde por grupos de ocupações* segundo alguns anos selecionados, Brasil

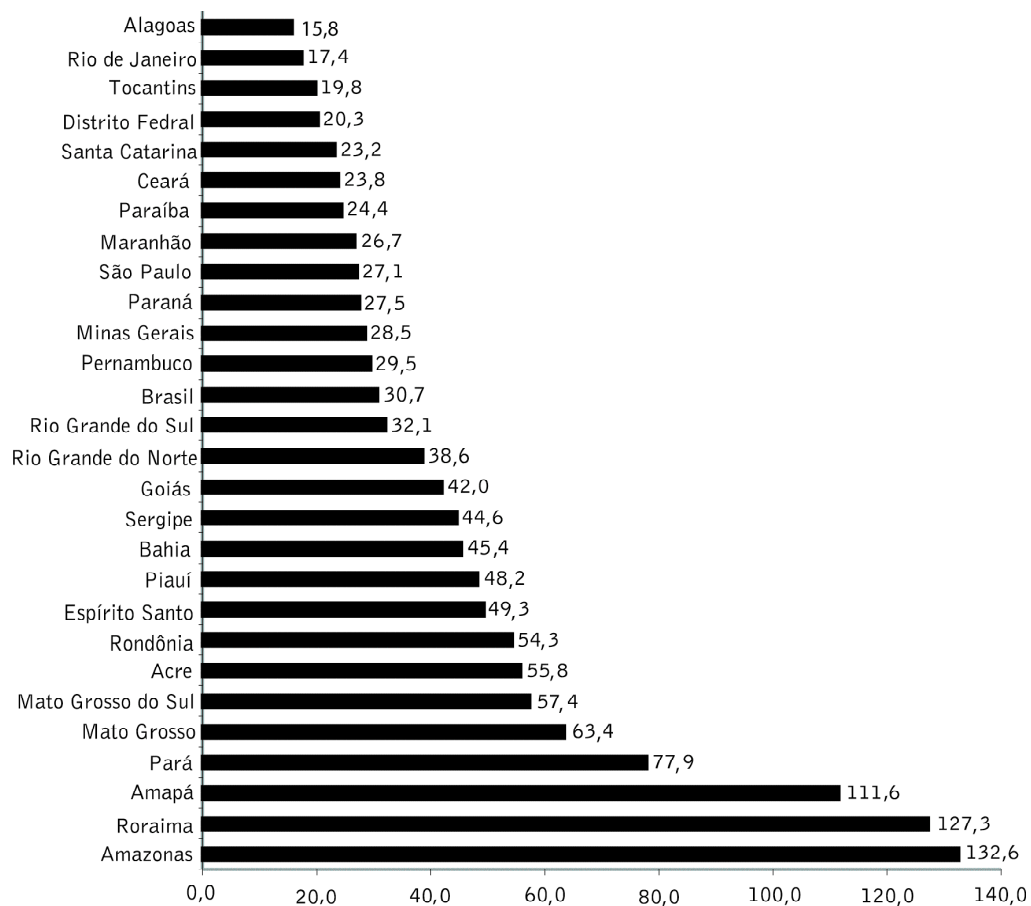


Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, (vários anos).
 (*) Exclui as ocupações administrativas

GRÁFICO 9 - Evolução dos empregos ambulatoriais segundo unidades da federação, Brasil, 2002



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992,2002.

GRÁFICO 10 - Evolução dos empregos hospitalares segundo unidades da federação, Brasil, 2002

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico Sanitária, 1992,2002.

**8.5. Pessoal de nível superior
ocupado em estabelecimentos
de saúde,
por jornada de trabalho
e vínculo com o
estabelecimento,
segundo a ocupação**

RONDÔNIA

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	1.242	1.484	456	2.545	259	378
Anestesiata	45	50	67	74	38	50
Assistente social	29	15	2	46	0	0
Bioquímico/farmacêutico	116	186	15	276	15	26
Cirurgião	59	61	28	100	30	18
Clínico geral	240	218	55	416	46	51
Enfermeiro	266	128	22	405	7	4
Fisioterapeuta	55	31	19	83	7	15
Fonoaudiólogo	8	7	4	13	2	4
Gineco-obstetra	153	152	38	270	26	47
Médico de família	11	42	35	81	3	4
Nutricionista	16	14	6	31	1	4
Odontólogo	32	157	23	190	7	15
Pediatra	108	149	19	226	29	21
Psicólogo	20	32	10	46	7	9
Psiquiatra	5	7	8	11	4	5
Radiologista	8	23	32	28	12	23
Residente	0	2	0	1	1	0
Sanitarista	1	0	0	1	0	0
Outras especialidades médicas	50	207	69	222	22	82
Outros	20	3	4	25	2	0

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

ACRE

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	612	940	45	1.127	93	377
Anestesista	14	37	10	26	18	17
Assistente social	6	10	0	14	0	2
Bioquímico/farmacêutico	35	42	2	67	5	7
Cirurgião	18	34	4	26	3	27
Clínico geral	90	130	5	145	17	63
Enfermeiro	219	119	11	324	11	14
Fisioterapeuta	20	21	0	28	1	12
Fonoaudiólogo	2	12	0	9	0	5
Gineco-obstetra	13	91	1	57	3	45
Médico de família	25	14	6	39	4	2
Nutricionista	6	6	0	10	0	2
Odontólogo	42	108	2	126	10	16
Pediatra	35	79	3	69	11	37
Psicólogo	10	19	0	23	0	6
Psiquiatra	2	13	0	8	0	7
Radiologista	5	8	0	5	1	7
Residente	8	24	0	8	1	23
Sanitarista	0	0	0	0	0	0
Outras especialidades médicas	56	94	1	63	8	80
Outros	6	79	0	80	0	5

“Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.”

AMAZONAS

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	2.024	4.544	864	5.436	1.229	767
Anestesiista	51	143	210	98	234	72
Assistente social	63	229	2	278	15	1
Bioquímico/farmacêutico	121	377	13	458	34	19
Cirurgião	96	221	118	205	168	62
Clínico geral	252	616	161	780	165	84
Enfermeiro	446	591	97	956	147	31
Fisioterapeuta	22	67	12	80	13	8
Fonoaudiólogo	4	18	3	17	5	3
Gineco-obstetra	74	427	63	394	67	103
Médico de família	197	50	23	261	9	0
Nutricionista	10	28	1	32	6	1
Odontólogo	181	528	19	677	38	13
Pediatra	152	455	30	403	162	72
Psicólogo	22	52	8	72	9	1
Psiquiatra	1	35	2	33	3	2
Radiologista	16	34	17	44	10	13
Residente	94	6	1	8	0	93
Sanitarista	3	15	0	18	0	0
Outras especialidades médicas	201	608	81	571	142	177
Outros	18	44	3	51	2	12

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002

RORAIMA

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	578	454	154	450	589	147
Anestesista	9	13	16	2	30	6
Assistente social	15	9	1	8	17	0
Bioquímico/farmacêutico	66	65	5	65	70	1
Cirurgião	13	30	12	4	46	5
Clínico geral	56	49	29	74	50	10
Enfermeiro	142	64	12	58	127	33
Fisioterapeuta	31	13	5	9	31	9
Fonoaudiólogo	3	5	2	4	4	2
Gineco-obstetra	32	11	18	21	36	4
Médico de família	39	2	0	28	9	4
Nutricionista	9	4	0	4	8	1
Odontólogo	44	66	9	75	34	10
Pediatra	37	21	13	40	25	6
Psicólogo	10	9	2	6	11	4
Psiquiatra	4	0	2	0	5	1
Radiologista	10	3	7	8	7	5
Residente	0	0	0	0	0	0
Sanitarista	0	0	0	0	0	0
Outras especialidades médicas	40	76	11	22	69	36
Outros	18	14	10	22	10	10

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

PARÁ

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	3.178	6.947	2.024	8.284	1.051	2.814
Anestesiista	51	194	250	124	159	212
Assistente social	83	166	19	239	13	16
Bioquímico/farmacêutico	313	346	52	604	38	69
Cirurgião	147	285	158	329	51	210
Clínico geral	515	1.032	302	1.339	174	336
Enfermeiro	752	954	200	1.715	95	96
Fisioterapeuta	68	144	23	147	21	67
Fonoaudiólogo	23	32	9	33	3	28
Gineco-obstetra	197	458	212	507	63	297
Médico de família	139	103	29	227	34	10
Nutricionista	60	131	13	173	10	21
Odontólogo	174	610	136	806	58	56
Pediatra	152	648	92	608	65	219
Psicólogo	49	108	18	140	9	26
Psiquiatra	9	44	5	46	5	7
Radiologista	35	123	31	90	10	89
Residente	38	39	53	121	2	7
Sanitarista	3	7	0	9	1	0
Outras especialidades médicas	335	1.424	385	907	228	1.009
Outros	35	99	37	120	12	39

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

AMAPÁ

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	557	383	295	415	462	358
Anestesista	16	7	18	7	14	20
Assistente social	22	15	0	13	23	1
Bioquímico/farmacêutico	42	27	2	29	31	11
Cirurgião	15	12	28	5	24	26
Clínico geral	62	49	34	37	61	47
Enfermeiro	146	63	1	92	104	14
Fisioterapeuta	12	44	12	36	17	15
Fonoaudiólogo	1	7	0	6	1	1
Gineco-obstetra	39	23	34	23	34	39
Médico de família	10	7	0	9	7	1
Nutricionista	14	6	0	10	10	0
Odontólogo	32	45	2	30	35	14
Pediatra	41	16	50	13	43	51
Psicólogo	14	9	0	15	8	0
Psiquiatra	3	0	2	3	0	2
Radiologista	6	12	2	8	9	3
Residente	0	0	0	0	0	0
Sanitarista	3	0	1	3	1	0
Outras especialidades médicas	74	36	109	71	39	109
Outros	5	5	0	5	1	4

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

TOCANTINS

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	1615	1090	208	1414	1083	416
Anestesiologista	28	37	50	12	56	47
Assistente social	43	7	2	17	33	2
Bioquímico/farmacêutico	161	47	5	95	81	37
Cirurgião	58	34	11	31	55	17
Clínico geral	183	297	45	296	187	42
Enfermeiro	378	58	28	259	201	4
Fisioterapeuta	41	25	2	19	22	27
Fonoaudiólogo	8	9	1	7	5	6
Gineco-obstetra	67	65	7	42	62	35
Médico de família	157	31	8	138	58	0
Nutricionista	21	9	0	12	14	4
Odontólogo	86	240	11	234	101	2
Pediatra	66	47	15	31	61	36
Psicólogo	19	15	3	17	12	8
Psiquiatra	7	8	2	10	3	4
Radiologista	23	5	4	11	6	15
Residente	0	0	0	0	0	0
Sanitarista	2	1	0	1	2	0
Outras especialidades médicas	218	144	8	155	101	114
Outros	49	11	6	27	23	16

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

MARANHÃO

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	3388	5453	1180	7914	749	1358
Anestesista	52	93	165	97	103	110
Assistente social	90	160	16	238	11	17
Bioquímico/farmacêutico	281	371	28	600	28	52
Cirurgião	137	286	146	396	57	116
Clínico geral	588	943	216	1411	131	205
Enfermeiro	769	820	38	1447	92	88
Fisioterapeuta	70	71	19	99	14	47
Fonoaudiólogo	4	13	2	9	0	10
Gineco-obstetra	275	446	98	576	71	172
Médico de família	201	126	186	440	47	26
Nutricionista	38	99	10	133	4	10
Odontólogo	221	522	22	660	25	80
Pediatra	191	480	88	550	52	157
Psicólogo	8	58	10	68	1	7
Psiquiatra	11	44	9	58	0	6
Radiologista	63	154	37	191	30	33
Residente	0	68	0	61	6	1
Sanitarista	6	4	3	10	3	0
Outras especialidades médicas	338	575	87	744	74	182
Outros	45	120	0	126	0	39

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

PIAUI

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	1526	6041	767	4560	1027	2747
Anestesiista	18	158	54	79	60	91
Assistente social	25	83	4	63	18	31
Bioquímico/farmacêutico	101	243	17	257	38	66
Cirurgião	33	202	114	135	66	148
Clínico geral	257	767	130	658	76	420
Enfermeiro	395	995	57	1009	95	343
Fisioterapeuta	32	124	19	83	25	67
Fonoaudiólogo	7	14	3	9	5	10
Gineco-obstetra	46	466	120	195	173	264
Médico de família	232	547	44	523	60	240
Nutricionista	22	141	6	99	28	42
Odontólogo	96	803	34	583	107	243
Pediatra	35	346	56	232	74	131
Psicólogo	1	57	4	24	17	21
Psiquiatra	2	76	7	30	34	21
Radiologista	23	83	15	69	12	40
Residente	1	16	2	10	1	8
Sanitarista	2	5	1	8	0	0
Outras especialidades médicas	179	874	78	452	136	543
Outros	19	41	2	42	2	18

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

CEARÁ

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	6149	14750	1935	17329	2257	3248
Anestesista	58	746	155	409	322	228
Assistente social	154	341	7	465	18	19
Bioquímico/farmacêutico	334	649	30	864	53	96
Cirurgião	118	580	168	543	114	209
Clínico geral	596	1554	194	1742	271	331
Enfermeiro	1746	2340	218	3845	207	252
Fisioterapeuta	287	707	46	804	101	135
Fonoaudiólogo	41	215	17	167	17	89
Gineco-obstetra	209	995	150	796	237	321
Médico de família	818	757	71	1497	64	85
Nutricionista	90	176	11	237	11	29
Odontólogo	470	1500	76	1700	151	195
Pediatra	224	1103	103	1128	131	171
Psicólogo	77	192	64	167	37	129
Psiquiatra	29	109	9	123	6	18
Radiologista	115	185	46	205	57	84
Residente	161	40	0	112	0	89
Sanitarista	5	12	1	13	3	2
Outras especialidades médicas	448	2375	549	2223	442	707
Outros	169	174	20	289	15	59

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

RIO GRANDE DO NORTE

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	6160	5371	1006	8689	1998	1850
Anestesiista	120	136	159	185	92	138
Assistente social	324	70	4	333	62	3
Bioquímico/farmacêutico	717	313	23	867	147	39
Cirurgião	176	170	76	237	61	124
Clínico geral	613	667	97	939	212	226
Enfermeiro	1222	543	54	1537	242	40
Fisioterapeuta	105	133	22	173	23	64
Fonoaudiólogo	27	32	7	43	1	22
Gineco-obstetra	388	444	89	544	161	216
Médico de família	246	265	53	460	87	17
Nutricionista	217	113	4	259	52	23
Odontólogo	565	714	25	921	260	123
Pediatra	353	487	41	558	195	128
Psicólogo	132	88	5	160	28	37
Psiquiatra	35	50	0	55	12	18
Radiologista	68	119	24	136	28	47
Residente	43	46	10	73	2	24
Sanitarista	3	0	0	3	0	0
Outras especialidades médicas	751	940	304	1129	324	542
Outros	55	41	9	77	9	19

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

PARAÍBA

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	2980	8806	1041	10224	615	1988
Anestesiista	77	284	194	221	109	225
Assistente social	73	227	3	282	5	16
Bioquímico/farmacêutico	188	706	12	792	25	89
Cirurgião	58	289	169	254	28	234
Clínico geral	298	1128	58	1216	50	218
Enfermeiro	925	1229	33	2029	58	100
Fisioterapeuta	60	259	41	243	35	82
Fonoaudiólogo	3	18	6	14	3	10
Gineco-obstetra	171	596	95	612	72	178
Médico de família	461	364	7	782	1	49
Nutricionista	58	109	5	158	9	5
Odontólogo	211	1222	16	1313	26	110
Pediatra	130	560	158	589	27	232
Psicólogo	27	219	6	224	9	19
Psiquiatra	10	69	6	81	0	4
Radiologista	26	139	27	128	21	43
Residente	31	95	0	118	8	0
Sanitarista	1	10	1	10	0	2
Outras especialidades médicas	134	1195	192	1041	127	353
Outros	38	88	12	117	2	19

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

PERNAMBUCO

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	6225	22423	1977	23115	3695	3815
Anestesiista	79	634	313	475	281	270
Assistente social	104	346	6	410	37	9
Bioquímico/farmacêutico	252	953	40	1095	60	90
Cirurgião	115	1366	206	1324	143	220
Clínico geral	541	2904	180	2878	359	388
Enfermeiro	1811	2100	17	3418	407	103
Fisioterapeuta	129	513	83	504	110	111
Fonoaudiólogo	32	308	34	223	67	84
Gineco-obstetra	312	1495	135	1437	237	268
Médico de família	749	434	7	898	242	50
Nutricionista	103	435	12	465	56	29
Odontólogo	447	2363	49	2394	238	227
Pediatria	381	2118	166	2039	281	345
Psicólogo	72	555	26	525	49	79
Psiquiatra	24	334	43	354	30	17
Radiologista	43	496	12	358	53	140
Residente	412	141	0	217	20	316
Sanitarista	6	28	3	30	6	1
Outras especialidades médicas	534	4365	489	3592	812	984
Outros	79	535	156	479	207	84

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

ALAGOAS

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	3129	3860	1258	5992	748	1507
Anestesiista	63	117	79	125	26	108
Assistente social	117	108	4	204	3	22
Bioquímico/farmacêutico	70	70	9	123	9	17
Cirurgião	77	149	96	128	50	144
Clínico geral	255	572	106	657	104	172
Enfermeiro	760	466	32	1146	51	61
Fisioterapeuta	38	41	20	52	15	32
Fonoaudiólogo	9	8	1	10	2	6
Gineco-obstetra	148	300	173	336	114	171
Médico de família	501	208	2	651	49	11
Nutricionista	76	114	5	167	8	20
Odontólogo	266	406	12	589	50	45
Pediatra	184	349	109	388	45	209
Psicólogo	65	144	25	172	20	42
Psiquiatra	37	97	1	127	0	8
Radiologista	25	44	28	63	14	20
Residente	2	49	0	37	0	14
Sanitarista	0	3	0	3	0	0
Outras especialidades médicas	427	568	551	961	187	398
Outros	9	47	5	53	1	7

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

SERGIPE

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	1237	5035	362	3601	833	2200
Anestesiista	64	180	91	134	94	107
Assistente social	33	47	0	66	11	3
Bioquímico/farmacêutico	52	102	1	111	6	38
Cirurgião	12	289	20	134	95	92
Clínico geral	63	719	24	451	131	224
Enfermeiro	337	613	2	713	53	186
Fisioterapeuta	21	97	5	69	29	25
Fonoaudiólogo	9	15	4	12	6	10
Gineco-obstetra	92	444	53	172	63	354
Médico de família	149	337	2	296	36	156
Nutricionista	13	28	1	26	9	7
Odontólogo	81	508	5	420	47	127
Pediatra	71	427	37	222	81	232
Psicólogo	10	38	7	34	5	16
Psiquiatra	7	65	2	48	6	20
Radiologista	10	60	6	40	9	27
Residente	13	12	0	19	0	6
Sanitarista	2	3	0	3	2	0
Outras especialidades médicas	167	993	98	562	139	557
Outros	31	58	4	69	11	13

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002."

BAHIA

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	8971	25493	5002	24090	5459	9917
Anestesiista	180	740	349	498	315	456
Assistente social	311	380	12	613	54	36
Bioquímico/farmacêutico	641	786	99	1250	111	165
Cirurgião	353	1596	387	988	759	589
Clínico geral	1188	4154	675	4043	700	1274
Enfermeiro	2335	3004	143	4612	482	388
Fisioterapeuta	269	708	97	678	131	265
Fonoaudiólogo	31	166	27	72	29	123
Gineco-obstetra	520	2504	465	1842	622	1025
Médico de família	374	249	60	501	84	98
Nutricionista	214	375	90	496	49	134
Odontólogo	584	1947	241	1974	260	538
Pediatra	342	2032	378	1646	411	695
Psicólogo	64	301	121	256	41	189
Psiquiatra	34	311	111	273	43	140
Radiologista	125	366	92	316	64	203
Residente	425	110	38	175	61	337
Sanitarista	16	13	5	30	1	3
Outras especialidades médicas	877	5547	1579	3596	1205	3202
Outros	88	204	33	231	37	57

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

MINAS GERAIS

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	19478	48009	13364	53657	7395	19799
Anestesiista	406	1120	940	992	201	1273
Assistente social	413	894	33	1131	136	73
Bioquímico/farmacêutico	1442	1898	220	2923	202	435
Cirurgião	583	1679	1044	1564	377	1365
Clínico geral	1938	8045	1991	8001	1252	2721
Enfermeiro	3761	3661	175	6660	667	270
Fisioterapeuta	793	1581	331	1784	276	645
Fonoaudiólogo	161	637	132	582	103	245
Gineco-obstetra	963	3606	1317	3449	470	1967
Médico de família	1461	546	50	1778	216	63
Nutricionista	180	322	43	413	53	79
Odontólogo	1158	5350	273	5610	470	701
Pediatra	1029	4782	1156	4445	703	1819
Psicólogo	411	1904	138	1945	185	323
Psiquiatra	158	862	158	810	136	232
Radiologista	507	696	453	918	180	558
Residente	1006	475	350	987	154	690
Sanitarista	29	28	1	54	3	1
Outras especialidades médicas	2550	9161	4406	8494	1531	6092
Outros	529	762	153	1117	80	247

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

ESPÍRITO SANTO

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	2555	9666	2036	9060	1520	3677
Anestesista	66	224	138	117	84	227
Assistente social	84	122	2	169	20	19
Bioquímico/farmacêutico	165	255	30	399	19	32
Cirurgião	59	391	258	253	107	348
Clínico geral	296	1523	220	1589	131	319
Enfermeiro	552	557	34	1061	64	18
Fisioterapeuta	59	182	59	164	33	103
Fonoaudiólogo	7	65	11	47	6	30
Gineco-obstetra	221	846	279	598	157	591
Médico de família	186	152	26	338	24	2
Nutricionista	36	70	7	98	2	13
Odontólogo	145	1166	51	896	123	343
Pediatra	143	895	141	801	109	269
Psicólogo	19	144	10	106	31	36
Psiquiatra	12	121	6	103	23	13
Radiologista	58	150	47	178	6	71
Residente	38	100	0	112	26	0
Sanitarista	4	5	1	10	0	0
Outras especialidades médicas	318	2383	440	1715	435	991
Outros	87	315	276	306	120	252

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

RIO DE JANEIRO

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	25949	62239	8037	66258	8192	21775
Anestesiista	536	1637	935	1552	369	1187
Assistente social	890	1249	24	1858	94	211
Bioquímico/farmacêutico	895	1232	121	1927	114	207
Cirurgião	690	2161	928	2033	331	1415
Clínico geral	2340	8548	878	8004	1035	2727
Enfermeiro	5180	6602	166	10276	757	915
Fisioterapeuta	1127	2374	314	2404	491	920
Fonoaudiólogo	409	1053	147	917	200	492
Gineco-obstetra	1278	4320	790	3923	533	1932
Médico de família	575	214	9	623	48	127
Nutricionista	769	1377	70	1846	100	270
Odontólogo	932	4721	217	4412	360	1098
Pediatra	1721	6422	470	6287	709	1617
Psicólogo	596	1768	140	1669	224	611
Psiquiatra	393	1059	50	1159	123	220
Radiologista	543	1703	309	1455	373	727
Residente	1916	658	127	1615	149	937
Sanitarista	27	153	3	141	10	32
Outras especialidades médicas	4307	13273	2152	12180	1881	5671
Outros	825	1715	187	1977	291	459

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

SÃO PAULO

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	39460	113140	36386	117163	21096	50727
Anestesiista	845	2912	2686	2350	987	3106
Assistente social	1653	1715	46	3060	238	116
Bioquímico/farmacêutico	2521	2209	199	3968	308	653
Cirurgião	942	3874	3961	3263	1169	4345
Clínico geral	3136	14653	4129	13576	2918	5424
Enfermeiro	7873	13584	422	19492	1124	1263
Fisioterapeuta	1356	3711	780	3639	724	1484
Fonoaudiólogo	608	1588	326	1505	340	677
Gineco-obstetra	1649	8921	5996	7536	1921	7109
Médico de família	1245	287	28	1227	266	67
Nutricionista	901	724	69	1366	132	196
Odontólogo	1447	9060	515	9041	595	1386
Pediatra	1885	11058	3291	9756	2275	4203
Psicólogo	1156	2659	348	3134	316	713
Psiquiatra	296	2079	306	1992	298	391
Radiologista	908	2101	875	1787	641	1456
Residente	3546	1065	391	3501	431	1070
Sanitarista	88	217	9	276	29	9
Outras especialidades médicas	4800	27778	11084	21905	5977	15780
Outros	2605	2945	925	4789	407	1279

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

PARANÁ

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	10801	18954	10931	23579	3719	13388
Anestesiista	126	358	689	295	162	716
Assistente social	258	186	33	422	30	25
Bioquímico/farmacêutico	983	942	160	1675	92	318
Cirurgião	327	412	868	487	167	953
Clínico geral	1181	3342	1242	3904	435	1426
Enfermeiro	2277	1792	133	3805	231	166
Fisioterapeuta	515	799	338	901	175	576
Fonoaudiólogo	125	271	119	314	37	164
Gineco-obstetra	537	987	1147	1118	329	1224
Médico de família	695	346	28	939	99	31
Nutricionista	157	160	49	280	14	72
Odontólogo	906	2482	181	2968	223	378
Pediatra	402	980	964	969	228	1149
Psicólogo	231	498	118	612	66	169
Psiquiatra	54	220	67	203	26	112
Radiologista	224	330	275	441	100	288
Residente	425	271	33	288	65	376
Sanitarista	21	27	4	46	3	3
Outras especialidades médicas	1057	4022	4282	3182	1140	5039
Outros	300	529	201	730	97	203

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

SANTA CATARINA

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	8058	10083	4318	15160	1448	5851
Anestesiista	86	181	271	192	42	304
Assistente social	238	182	10	394	25	11
Bioquímico/farmacêutico	750	387	124	1099	56	106
Cirurgião	206	297	374	398	52	427
Clínico geral	754	1576	483	1974	182	657
Enfermeiro	1909	621	78	2303	198	107
Fisioterapeuta	299	274	122	490	47	158
Fonoaudiólogo	58	161	40	164	25	70
Gineco-obstetra	239	772	406	804	53	560
Médico de família	442	237	36	536	120	59
Nutricionista	128	98	20	186	15	45
Odontólogo	622	1598	157	1932	185	260
Pediatra	241	872	435	983	52	513
Psicólogo	117	366	61	395	39	110
Psiquiatra	39	134	83	137	11	108
Radiologista	144	187	176	279	44	184
Residente	298	11	2	246	0	65
Sanitarista	16	11	1	23	1	4
Outras especialidades médicas	1256	1702	1119	2009	239	1829
Outros	216	416	320	616	62	274

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

RIO GRANDE DO SUL

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	11583	25684	16423	30288	6046	17356
Anestesista	129	433	1290	375	332	1145
Assistente social	284	311	23	553	39	26
Bioquímico/farmacêutico	1128	980	434	2167	138	237
Cirurgião	279	824	1916	827	214	1978
Clínico geral	1251	4442	2692	4373	1033	2979
Enfermeiro	2778	2991	186	5428	386	141
Fisioterapeuta	386	649	370	781	182	442
Fonoaudiólogo	47	201	76	167	45	112
Gineco-obstetra	441	1700	2635	1500	490	2786
Médico de família	286	184	8	299	153	26
Nutricionista	347	390	65	666	51	85
Odontólogo	619	2805	265	2819	455	415
Pediatra	537	2420	1724	2356	590	1735
Psicólogo	297	754	175	814	160	252
Psiquiatra	109	415	274	378	193	227
Radiologista	224	669	340	665	181	387
Residente	779	943	73	1299	208	288
Sanitarista	7	12	3	16	2	4
Outras especialidades médicas	1279	4118	2752	4167	924	3058
Outros	376	443	1122	638	270	1033

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

MATO GROSSO

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	2483	4787	1867	5708	589	2840
Anestesiista	22	55	263	43	111	186
Assistente social	65	45	12	112	6	4
Bioquímico/farmacêutico	323	267	29	553	10	56
Cirurgião	139	158	220	199	18	300
Clínico geral	333	706	144	862	63	258
Enfermeiro	350	260	35	608	20	17
Fisioterapeuta	178	186	32	249	31	116
Fonoaudiólogo	28	80	14	68	19	35
Gineco-obstetra	86	333	255	354	19	301
Médico de família	104	51	2	145	10	2
Nutricionista	29	51	6	63	1	22
Odontólogo	171	603	188	655	155	152
Pediatra	89	434	146	419	13	237
Psicólogo	54	134	19	154	12	41
Psiquiatra	13	35	23	29	1	41
Radiologista	32	97	25	95	1	58
Residente	80	140	11	210	0	21
Sanitarista	4	1	1	5	1	0
Outras especialidades médicas	302	1057	430	802	14	973
Outros	81	94	12	83	84	20

"Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

MATO GROSSO DO SUL

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	2888	3929	1229	5483	679	1884
Anestesiista	66	71	148	72	33	180
Assistente social	49	111	2	132	26	4
Bioquímico/farmacêutico	269	254	40	471	24	68
Cirurgião	129	159	115	204	26	173
Clínico geral	412	541	137	787	120	183
Enfermeiro	520	500	17	950	60	27
Fisioterapeuta	116	246	55	289	36	92
Fonoaudiólogo	16	52	12	57	8	15
Gineco-obstetra	167	238	97	298	45	159
Médico de família	185	170	30	322	58	5
Nutricionista	23	92	4	92	9	18
Odontólogo	162	453	28	543	43	57
Pediatra	167	236	109	292	40	180
Psicólogo	43	103	14	125	9	26
Psiquiatra	10	30	11	27	2	22
Radiologista	62	66	64	85	45	62
Residente	13	15	2	5	2	23
Sanitarista	7	11	2	12	3	5
Outras especialidades médicas	424	502	302	605	54	569
Outros	48	79	40	115	36	16

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

GOIÁS

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	4400	11337	1990	10148	2286	5293
Anestesista	55	231	305	111	170	310
Assistente social	66	212	1	200	56	23
Bioquímico/farmacêutico	264	532	31	600	106	121
Cirurgião	148	438	121	320	113	274
Clínico geral	692	1456	199	1565	276	506
Enfermeiro	791	904	18	1346	178	189
Fisioterapeuta	72	178	33	159	31	93
Fonoaudiólogo	30	131	27	85	23	80
Gineco-obstetra	249	978	158	751	135	499
Médico de família	424	152	5	470	38	73
Nutricionista	24	123	12	113	20	26
Odontólogo	381	1209	9	1244	77	278
Pediatra	221	831	200	658	153	441
Psicólogo	73	330	23	269	77	80
Psiquiatra	28	124	10	67	34	61
Radiologista	97	278	38	213	58	142
Residente	173	62	15	145	39	66
Sanitarista	3	5	1	6	1	2
Outras especialidades médicas	536	2988	778	1669	655	1978
Outros	73	175	6	157	46	51

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

DISTRITO FEDERAL

Ocupação	Pessoal de saúde ocupado de nível superior					
	Jornada de trabalho			Vínculo com o estabelecimento		
	Integral	Parcial	Indefinido	Próprio	Intermediário	Outro
TOTAL	4894	6987	741	9143	1423	2056
Anestesiista	129	291	94	305	103	106
Assistente social	62	105	0	160	2	5
Bioquímico/farmacêutico	245	200	15	340	78	42
Cirurgião	185	208	58	305	98	48
Clínico geral	295	506	74	544	147	184
Enfermeiro	926	865	8	1685	36	78
Fisioterapeuta	152	169	39	243	62	55
Fonoaudiólogo	39	79	13	70	8	53
Gineco-obstetra	335	675	55	798	79	188
Médico de família	31	8	14	49	0	4
Nutricionista	119	136	16	226	9	36
Odontólogo	474	853	29	760	185	411
Pediatra	349	552	25	724	84	118
Psicólogo	62	128	18	140	12	56
Psiquiatra	28	57	6	80	2	9
Radiologista	124	269	30	263	54	106
Residente	368	32	0	321	0	79
Sanitarista	5	13	0	18	0	0
Outras especialidades médicas	825	1728	233	1871	464	451
Outros	141	113	14	241	0	27

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária 2002.

