**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

HELENA HEMIKO IWAMOTO

**RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM NA REDE HOSPITALAR
MUNICÍPIO DE UBERABA - MINAS GERAIS**

Ribeirão Preto

2005

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM NA REDE HOSPITALAR
MUNICÍPIO DE UBERABA - MINAS GERAIS

Aluna:

Helena Hemiko Iwamoto, aluna de Pós-Graduação, Nível Doutorado, da Área de Enfermagem Fundamental, do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientadora:

Maria Luiza Anselmi, Professor Associado junto ao Departamento da Enfermagem Geral e Especializada, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Linha de Pesquisa:

Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem.

Ribeirão Preto

2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Iwamoto, Helena Hemiko

Recursos humanos de enfermagem na rede hospitalar do município de Uberaba-Minas Gerais. Ribeirão Preto, 2005.

125 f.; 30cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Anselmi, Maria Luiza.

1. Recursos humanos de enfermagem no hospital. 2. Emprego.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Helena Hemiko Iwamoto

Recursos humanos de enfermagem na rede hospitalar do município de Uberaba-Minas Gerais

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor pelo curso de Pós Graduação – Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: “Dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem”.

Aprovado em: 27/10/2005

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Anselmi.

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo.

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Assis Simões.

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Prof^a. Dr^a. Cláudia Benedita dos Santos.

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo.

Prof. Dr. Helio Moraes de Souza.

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Prof^a. Dr^a. Janete Rodrigues da Silva Nakao.

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo.

DEDICATÓRIA

À Prof.a Dra. Maria Luiza Anselmi,

Minha eterna gratidão, pelo apoio, amizade, carinho e dedicação, para a realização deste trabalho.

À minha família: Shiguelo, Gabriel, Mary Cristina, Mariane, Felipe e Carmem.

Razão do meu esforço, que com amor e compreensão contribuíram para a realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela sua presença constante.

Ao corpo docente e servidores do Centro de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo carinho e amizade.

Ao corpo docente e servidores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelos conhecimentos adquiridos.

Aos dirigentes e servidores técnicos administrativos da rede hospitalar de Uberaba, pela colaboração durante o processo de coleta de dados.

Ao Prof. Gilberto de Araújo Pereira, pela orientação estatística.

A(o) Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões; Profa. Dra. Cláudia Benedita dos Santos; Prof. Dr. Helio Moraes de Souza; Profa. Dra. Janete Rodrigues da Silva Nakao, e em especial Profa. Dra. Maria Luiza Anselmi, pelas valiosas contribuições metodológicas e científicas.

SUMÁRIO

Lista de Figuras
Lista de Tabelas
Lista de Quadros
Lista de Siglas
Resumo
Abstract
Resumen

APRESENTAÇÃO	01
1 INTRODUÇÃO	04
1.1 Mercado de trabalho em saúde e recursos humanos	05
1.1.1 A inserção dos recursos humanos de enfermagem no mercado de trabalho: composição, distribuição e movimentação	10
1.1.2 A rotatividade no trabalho de enfermagem: aspectos conceituais e de mensuração	15
2 OBJETIVOS	28
3 METODOLOGIA	30
3.1 Tipo de estudo	31
3.2 Local da investigação	31
3.2.1 O município de Uberaba-MG	31
3.2.2 A rede hospitalar de Uberaba: classificação geral, distribuição dos leitos e recursos humanos de enfermagem	33
3.3 População e variáveis de estudo	38
3.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados	39
3.5 Tratamento e análise de dados	47
3.6 Aspectos éticos da pesquisa	47
4 RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM NA REDE HOSPITALAR DO MUNICÍPIO DE UBERABA-MG	49
4.1 A rede hospitalar do município de Uberaba-MG	50
4.2 Os trabalhadores de enfermagem: caracterização, distribuição e inserção no emprego	61
4.3 A rotatividade no trabalho de enfermagem hospitalar	82
5 CONCLUSÕES	105
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
APÊNDICE	121

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Municípios pertencentes à jurisdição da Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de Uberaba-MG, 2003.	33
Figura 2	Percentual médio mensal de trabalhadores de enfermagem e de outros trabalhadores empregados nos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.	60
Figura 3	Distribuição dos enfermeiros nos hospitais estudados, segundo sexo. Uberaba-MG, 2003.	65
Figura 4	Distribuição dos técnicos de enfermagem nos hospitais estudados, segundo sexo. Uberaba-MG, 2003.	65
Figura 5	Distribuição dos auxiliares de enfermagem nos hospitais estudados, segundo sexo. Uberaba-MG, 2003.	65
Figura 6	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do hospital público, segundo a faixa etária (anos) e categoria profissional. Uberaba/MG, 2003	70
Figura 7	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais privados, segundo a faixa etária (anos) e categoria profissional. Uberaba/MG, 2003.	70
Figura 8	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais filantrópicos segundo a faixa etária (anos) e categoria profissional. Uberaba-MG, 2003.	70
Figura 9	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do hospital público, segundo a categoria profissional e tempo de trabalho (anos). Uberaba-MG, 2003.	74
Figura 10	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais privados, segundo a categoria profissional e tempo de trabalho (anos). Uberaba-MG, 2003.	74
Figura 11	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais filantrópicos, segundo a categoria profissional e tempo de trabalho (anos). Uberaba-MG, 2003.	74
Figura 12	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do hospital público, segundo rendimento médio mensal (SM). Uberaba-MG, 2003.	78
Figura 13	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais privados, segundo rendimento médio mensal (SM). Uberaba-MG, 2003.	78
Figura 14	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais filantrópicos, segundo rendimento médio mensal (SM). Uberaba-MG, 2003.	78
Figura 15	Permanência média no emprego (em anos) dos trabalhadores de enfermagem do hospital público, segundo regime de contrato de trabalho e categoria profissional. Uberaba-MG, 2003.	97
Figura 16	Permanência média no emprego (em anos) dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais privados, segundo a categoria profissional. Uberaba-MG, 2003.	97
Figura 17	Permanência média no emprego (em anos) dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais filantrópicos, segundo a categoria profissional. Uberaba-MG, 2003.	97
Figura 18	Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital público A. Uberaba-MG, 2003.	102
Figura 19	Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital B. Uberaba-MG, 2003.	103

Figura 20	Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital C. Uberaba-MG, 2003.	103
Figura 21	Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital D. Uberaba-MG, 2003.	103
Figura 22	Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital E. Uberaba-MG, 2003.	103
Figura 23	Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital F. Uberaba-MG, 2003.	103
Figura 24	Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital G. Uberaba-MG, 2003.	103
Figura 25	Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital H (H1). Uberaba-MG, 2003.	104
Figura 26	Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital I. Uberaba-MG, 2003.	104
Figura 27	Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital J. Uberaba-MG, 2003.	104
Figura 28	Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital K. Uberaba-MG, 2003.	104

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos hospitais estudados, segundo número médio de leitos instalados, número médio de leitos conveniados/SUS, número de AIH utilizadas/ano, número de AIH por leito conveniado SUS e natureza jurídica. Uberaba-MG, 2003.	53
Tabela 2	Número médio mensal de trabalhadores de enfermagem e de outros trabalhadores, segundo regime de contrato de trabalho e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.	56
Tabela 3	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem participantes do estudo, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais. Uberaba-MG, 2003.	62
Tabela 4	Idade mínima, percentis 25, 50, 75 e idade máxima (em anos) dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.	67
Tabela 5	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional, tempo de trabalho (anos) e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.	72
Tabela 6	Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional, rendimento médio mensal (SM) e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.	76
Tabela 7	Rendimento médio mínimo, percentis 25, 50, 75 e rendimento médio máximo (em SM) dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.	79
Tabela 8	Quantitativo de trabalhadores de enfermagem em 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2003 e incremento/decréscimo numérico no período, segundo categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.	83
Tabela 9	Admissões (A) e Desligamentos (D) de trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.	86
Tabela 10	Taxas de Admissão (TA) e de Desligamento (TD) dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.	89
Tabela 11	Taxa líquida de substituição (TLS) dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba, 2003.	93
Tabela 12	Permanência média no emprego (em anos) dos trabalhadores de enfermagem, segundo categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.	96
Tabela 13	Mediana de tempo de serviço (em meses) dos trabalhadores de enfermagem demitentes, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Sumário de artigos sobre rotatividade de enfermagem, segundo autor, ano e país do estudo, tamanho da amostra e taxa de rotatividade.	22
Quadro 2	Distribuição da capacidade instalada (leitos instalados) da rede hospitalar do município de Uberaba, segundo natureza jurídica, classificação, e porte. Uberaba, 2003.	37
Quadro 3	Sumário da classificação, agrupamento e codificação dos hospitais de Uberaba-MG, 2003.	50

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CLT	Consolidação da Legislação Trabalhista
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
DADS/URA	Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de Uberaba
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos
EUA	Estados Unidos da América
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo
FMTM	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
RJU	Regime Jurídico Único
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
SM	Salário Mínimo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Taxa de Admissão
TD	Taxa de Desligamento
TLS	Taxa Líquida de Substituição
P	Permanência Média no Emprego
PIB	Produto Interno Bruto
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
URA	Uberaba

RESUMO

IWAMOTO H.H. **Recursos humanos de enfermagem na rede hospitalar do município de Uberaba-Minas Gerais.** Ribeirão Preto-SP, 2005. 125f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005.

A área de enfermagem tem vivenciado algumas problemáticas relativas a recursos humanos, entre elas: escassez de enfermeiros, insatisfação no trabalho e alta rotatividade nos serviços. Este estudo descritivo teve como objetivos: descrever a distribuição das diferentes categorias de trabalhadores de enfermagem segundo variáveis demográficas e de inserção no emprego na rede hospitalar do município de Uberaba-Minas Gerais; mensurar e descrever a rotatividade desses trabalhadores. O estudo foi realizado em 11 hospitais, sendo um público, seis privados e quatro filantrópicos. A população constituiu-se de todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2003, mantiveram vínculo empregatício nos hospitais estudados. As variáveis demográficas estudadas foram: sexo e idade; aquelas de inserção no emprego: regime de contrato, jornada semanal, tempo de trabalho e rendimento médio. A rotatividade foi verificada aplicando-se indicadores globais: taxas de admissão (TA) e de desligamento (TD), taxa líquida de substituição (TLS), permanência média no emprego (em anos); e específicos: tempo mediano de trabalho dos demitentes (em meses) e curva de sobrevivência no emprego. Os dados foram coletados mês a mês, em fontes secundárias originárias do cadastro de empregados e folha de pagamento. Durante o ano de 2003 estiveram empregados na rede hospitalar 1.368 trabalhadores de enfermagem, sendo 805 auxiliares de enfermagem, 417 técnicos de enfermagem e 146 enfermeiros. Essa força de trabalho era composta, majoritariamente, por mulheres (81,8%), com idade mediana de 38 anos, a maioria cumprindo jornada de trabalho semanal de 36 horas, sob contrato celetista. Nos hospitais privados e filantrópicos os trabalhadores eram mais jovens que no público; 70% dos técnicos de enfermagem, 60% dos auxiliares de enfermagem e 50% dos enfermeiros tinham menos de cinco anos no emprego atual. Os enfermeiros apresentaram média de rendimentos de 5l-10 SM e os técnicos e auxiliares de enfermagem, de 2l-5 SM. Nos hospitais estudados ocorreram 327 admissões e 276 demissões. As taxas de admissão dos trabalhadores (31%) foram superiores às de desligamento (26,1%). Os hospitais privados apresentam as maiores TA (44,3%) e TD (42,1%). A TLS dos trabalhadores foi de 24,3%. O maior nível de TLS situou-se nos hospitais privados (30,7%). O quadro de trabalhadores da rede hospitalar seria totalmente renovado em 3,6 anos; nos hospitais privados, isso ocorreria em 2,4 anos enquanto no público, em 5,3 anos. Todos os enfermeiros seriam substituídos em 4,7 anos e os técnicos e auxiliares de enfermagem em, aproximadamente, 3,5 anos. A mediana de tempo de trabalho dos 276 trabalhadores que saíram do emprego foi de 19 meses; para os demitentes do hospital público, esse tempo foi de 37 meses; nos hospitais privados, de 13 meses, cerca de um ano; pelas curvas de sobrevivência no emprego dos demitentes, identificou-se maior estabilidade e, por consequência, menor rotatividade para o grupo de trabalhadores do hospital público. De modo geral, a rotatividade nos hospitais estudados pode ser considerada elevada. Os resultados do estudo trazem contribuições importantes, tanto à direção dos hospitais e serviços de enfermagem, como ao gestor local com vistas ao gerenciamento de recursos humanos em enfermagem no município.

Descritores: Recursos humanos de enfermagem no hospital; Emprego.

ABSTRACT

IWAMOTO H.H. **Nursing staff in the hospitals network of Uberaba-Minas Gerais.** Ribeirão Preto-SP, 2005. 125f. Thesis (Fundamental Nursing Doctoring) – Nursing School of Ribeirão Preto - University of São Paulo, 2005.

The Nursing area has been facing some difficulties regarding the human resource aspects like nurse scarceness, work dissatisfaction, high turnover rate. The present report aims to describe the allocation of the different Nursing working categories according to demographic variables and working admittance in the hospital network staff of Uberaba – Minas Gerais; to evaluate and portray the turnover of these professionals. The study had embraced eleven hospitals, including a public one, six privates and four philanthropics. The large sample is composed by every Nurse, Technician and Nurse Assistant that had employment relationships with the hospitals aforementioned, in the period of January, 1st to December, 31st of 2003. The demographic variables analyzed were: gender and age; regarding the working admittance: labor agreement, weekly working journey, average income. The turnover was evaluated using global indexes: admission (TA) and dislodgment (TD) rate, liquid replacement rate (TLS), stayers mean service (by years); and specifics: leavers mean service (months), and survival of leavers curve. The data were acquired monthly, using secondary sources, derived from Employees Official Register and Payroll. During 2003, the hospital network engaged 1368 Nursing employees, including 805 nursing assistants, 417 nursing technicians and 146 nurses. This working power was compounded mostly by women (81,8%), with ages varying from 38 years, the majority with 36 hours weekly work journey, under usual rules agreement. The workers are younger in the private and philanthropic hospitals than in the public ones; 70% of nursing technicians, 60% of nursing assistants and 50% of nurses have been less than 5 years in the present work. The nurses have average income of 5 to 10 minimum salaries and the nursing auxiliaries and technicians have 2-5 minimum salaries. In the aforementioned studied hospitals occurred 327 admissions 276 resignations. The admission rate (31%) was higher than the resignation rate (26,1%). The private hospitals presented the biggest TA (44,3%) and TD (42,1%). The TLS was 24,3%. The TLS highest rate is on the private hospitals (30,7%). The entire employee staff would be completed renewed on 3,6 years; in the private hospitals this situation would happen in 2,4 years, while the public would take 5,3 years. All the nurses would be replaced in 4,7 years and the nursing assistants and technicians in 3,5 years. The median service of the 276 workers who left the job were 19 months; for the leavers of the public hospital this time were of 37 months; in the private hospitals, 13 months, approximately a year; by the survival leavers curve could be identified a higher work stability rate, therefore lower turnover rate in the public hospitals. In general, the turnover in the studied hospitals can be considered high. When the issue is the management of human resources in nursing, the results of the study bring important contributions, as much to the hospitals' direction and nursing services, as to the local manager in town.

Descriptors: Hospital nursing staff; Employment.

RESUMEN

IWAMOTO H.H. **Personal de enfermería de enfermería en la red hospitalaria del municipio de Uberaba-Minas Gerais.** Ribeirão Preto-SP, 2005. 125f. Tesis (Doctorado en Enfermería Fundamental) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo, 2005.

El área de enfermería ha tenido alguna problemática relativa a personal entre otras: falta de enfermeros, insatisfacción en el trabajo, y alta rotatividad en los servicios. Este estudio descriptivo tiene como objetivos: describir la distribución de las diferentes categorías de trabajadores según variables demográficas y de inserción en el empleo de la red hospitalaria del municipio de Uberaba – Minas Gerais, medir y describir la rotatividad de estos trabajadores. El estudio fue realizado en 11 hospitales, siendo uno público, 6 privados y 4 filantrópicos. La población fue constituida por todos los enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería que en el periodo de 1º de enero a 31 de diciembre de 2003, mantuvieron vínculo de trabajo en los hospitales estudiados. Las variables demográficas estudiadas fueron: sexo y edad; las de inserción en el trabajo: tipo de contrato, jornada semanal, tiempo de trabajo y rendimiento medio. La rotatividad fue verificada aplicándose indicadores globales: tasas de admisión (TA) y de dimisión (TD), tasa líquida de sustitución (TLS), permanencia media en el empleo (en años), y específicos: tiempo medio de trabajo de los dimisionarios (en meses) y curva de mantenimiento del empleo. Los datos fueron recogidos mes a mes, según fuentes secundarias del Registro de Trabajo y de las Hojas Salariales. Durante 2003 estuvieron empleados en la red hospitalaria, 1.368 trabajadores de enfermería, siendo 805 auxiliares de enfermería, 417 técnicos de enfermería y 146 enfermeros. Esa fuerza de trabajo estaba compuesta mayoritariamente por mujeres (81,8%), con edad media de 38 años, la mayoría cumpliendo jornada de trabajo semanal de 36 horas, bajo contrato celetista. En los hospitales, privados y filantrópicos los trabajadores son más jóvenes que en los públicos; 70% de los técnicos de enfermería, 60% de los auxiliares de enfermería y 50% de los enfermeros tienen menos de 5 años en el empleo actual. Los enfermeros presentan media de rendimiento de 5l-10 SM y los técnicos y auxiliares de enfermería de 2l-5 SM. En los hospitales estudiados hubo 327 admisiones y 276 dimisiones. Las tasas de admisión de los trabajadores (31%) fueron superiores a las de dimisión (26,1%). Los hospitales privados presentan las mayores TA (44,3%) y TD (42,1%). La TLS de los trabajadores fue de 24,3%. El nivel más alto de TLS, se encuentra en los hospitales privados (30,7%). La plantilla de trabajadores de la red hospitalaria sería totalmente renovada en 3,6 años; en los hospitales privados ocurriría en 2,4 años, mientras en el público, en 5,3 años. Todos los enfermeros serían sustituidos en 4,7 años y los técnicos y auxiliares de enfermería en aproximadamente 3,5 años. La media del tiempo de trabajo de los 276 trabajadores que se fueron del empleo fue de 19 meses; para los dimisionarios del hospital público ese tiempo fue de 37 meses; en los privados de 13 meses, cerca de un año; por las curvas de supervivencia en el empleo de los dimisionarios del hospital público se identificó mayor estabilidad y en consecuencia, menor rotatividad para el grupo de trabajadores del hospital público. De modo general, la rotación en los hospitales estudiados puede ser considerada elevada. Cuando el asunto es la administración de recursos humanos en enfermería, los resultados del estudio traen beneficios importantes, tanto a la dirección de los hospitales y servicios de enfermería, como al director local.

Descriptores: Personal de enfermería en el hospital; Empleo

Apresentação

Apresentação

Nos últimos anos, no exercício das atividades docentes e gerenciais do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), tivemos a oportunidade de nos engajarmos no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) – nível mestrado.

Na sequência, participando da elaboração e condução de projetos desenvolvidos em parceria pela UFTM e o Ministério da Saúde, assumimos a coordenação dos Cursos de Especialização em Saúde da Família e Formação Pedagógica na Área de Saúde: Enfermagem (Ensino à Distância) e Qualificação Profissional de Auxiliar e Técnico de Enfermagem do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). Nossa atuação esteve voltada particularmente para os aspectos do gerenciamento dos recursos financeiros, baseada em uma lógica que permitisse assegurar a disponibilidade de estruturas físicas e de recursos humanos existentes nas regiões do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, com vistas à efetivação dos referidos projetos.

Em 2002, ao nos inserirmos novamente no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, nível doutorado, tivemos a oportunidade de cursar a disciplina “Perspectivas atuais de gerenciamento na área hospitalar: a questão econômica”, cujo enfoque era compreender a relevância da dimensão econômica no processo de produção em saúde, particularmente no âmbito dos serviços hospitalares de enfermagem no Brasil. Entre os conteúdos desenvolvidos, destacamos a abordagem sobre recursos humanos em saúde e em enfermagem, considerados elementos relevantes na produção de serviços de saúde. Tais conteúdos despertaram o nosso interesse em desenvolver a presente investigação.

Na abordagem do tema gestão hospitalar, a questão relativa aos recursos humanos é apontada como de extrema relevância, uma vez que estes respondem por uma parcela expressiva dos gastos verificados nos serviços de saúde. Assim, conhecer previamente como estes recursos se inserem e se distribuem no mercado de trabalho constitui etapa fundamental e necessária para estudos dirigidos a essa temática.

Entendemos que a dinâmica do mercado de trabalho em saúde nestes últimos anos vem sofrendo transformações importantes, determinadas pelas políticas econômicas, tecnológicas e sociais (entre elas as de saúde), e reconfigurando o mercado de trabalho em enfermagem. Tais aspectos merecem investigações aprofundadas com vistas a subsidiar, não apenas os gestores do sistema de saúde e dirigentes dos serviços de saúde quanto às decisões relativas à alocação de recursos, mas, também, os órgãos formadores quanto às propostas de novos modelos de qualificação/capacitação profissional.

Diante das considerações apresentadas, entendemos que na gestão dos serviços de saúde, a enfermagem é partícipe importante no que diz respeito à alocação e utilização de recursos humanos e, por consequência, nos resultados da prestação de serviços. Assim, neste estudo, focalizamos o tema recursos humanos em saúde, particularizando a enfermagem. Tomando a rede hospitalar de um município do estado de Minas Gerais, pretendemos conhecer a inserção dos trabalhadores de enfermagem neste mercado específico de trabalho, caracterizando sua distribuição segundo alguns aspectos sócio-demográficos e de inserção no emprego e rotatividade.

1 *Introdução*

1 Introdução

1.1 Mercado de trabalho em saúde e recursos humanos

O processo de produção de serviços de saúde apresenta certas peculiaridades, que acabam configurando e determinando a importância dos recursos humanos inseridos nesse mercado de trabalho específico.

A saúde, considerada um bem coletivo e primário, condiciona a possibilidade de acesso e consumo de outros bens e, portanto, a satisfação de outras necessidades; trata-se de uma necessidade imprevisível, pois, o adoecimento é muitas vezes aleatório para o indivíduo, não permitindo que este antecipe mecanismos de enfrentamento; além disso, caracteriza-se pela assimetria no nível de informações entre quem demanda ações de saúde e quem as oferece. Deste modo, as informações sobre o processo de adoecer são de domínio da oferta (serviços de saúde/profissionais) e não da demanda (usuários). Embora, os usuários estejam cada vez mais reivindicativos no sentido de obterem melhor qualidade nos serviços consumidos, só é possível à clientela dos serviços de saúde obter essas informações através da intermediação de seus profissionais (ANSELM, 2000).

As ações produzidas nos serviços de saúde (por meio do trabalhador) e o consumo dessas ações pelo usuário são coincidentes em termos de espaço e tempo. A presença do usuário para que a ação em saúde se concretize constitui uma característica evidenciada na maioria das situações do cotidiano do trabalho em saúde.

O resultado/produto dos processos assistenciais em saúde apresentam uma limitada perceptibilidade física. Esses resultados não são passíveis de serem apreciados/apropriados pelos órgãos dos sentidos, em particular o tato, embora se utilize, para sua realização, de inúmeros bens materiais, equipamentos ou outros instrumentos com características físico-

técnicas claramente identificáveis. Deste modo, o resultado/produto não pode ser transportado e transferido, portanto, utilizado em local diferente de onde foi produzido (ANSELMÍ, 2000).

O caráter intensivo do processo de trabalho em saúde faz com que a quantidade de força de trabalho, absorvida para a realização da produção, seja superior à quantidade de capital empregado por unidade produzida. A forte interação entre o sujeito que produz e o sujeito que usufrui o serviço torna o trabalho um componente importante *na eficiência e eficácia da organização. Influi sobre a eficiência enquanto nos serviços ocorre a coordenação instantânea entre demanda e produção através de uma maior ou menor alocação do fator trabalho disponível* (RUFFINI, 1995, p.27).

Por fim, os conhecimentos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde são prevalentemente incorporados no agente do trabalho, a quem compete, em certa medida, assegurar qualidade à assistência prestada tanto nos aspectos técnicos como de interação. Neste sentido, é possível considerar recurso humano como uma condição fundamental no processo de produção em saúde.

Assim, entende-se que recursos humanos em saúde

(...) são a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção (...) (BRASIL, 2002a, p.1).

Nos estudos sobre mercado de trabalho em geral, evidências empíricas apontam que o setor saúde apresenta uma participação expressiva na economia com a geração de empregos, que se traduz na incorporação contínua de recursos humanos.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo da década de 90, verifica-se uma ligeira expansão do emprego público e privado no setor saúde, em função do processo de descentralização da atenção ambulatorial no nível dos municípios, da expansão

do setor privado contratado e do crescimento dos planos e seguros de saúde (SILVA; COSTA, 2002).

Girardi e Carvalho (2002a), tomando por referência a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho, informam que, em dezembro de 2000, o mercado de empregos formais em saúde representava cerca de 10% da economia formal do país. Esse percentual correspondia a aproximadamente 2,5 milhões de vínculos formais de emprego em estabelecimentos, direta ou indiretamente vinculados à economia em saúde, dos quais 1,7 milhão de assalariados em estabelecimentos do núcleo do setor¹. Deste total, excluindo-se os estabelecimentos e empregos nos serviços de saúde do setor público, os maiores empregadores correspondem aos estabelecimentos hospitalares. Os autores destacam, ainda, que *para cada 100 empregos formais existentes nas atividades do macrossetor saúde, 20 (vinte) eram de empregos em atividades hospitalares* (GIRARDI; CARVALHO, 2002b, p.229).

Outro segmento importante são as operadoras de planos de saúde que, diretamente, geram quase 5% de empregos no mercado de trabalho em saúde (GIRARDI; CARVALHO, 2002a).

Esses autores apontam ainda que em relação a grandes setores institucionais, o público responde por 51% do total de empregados no núcleo do setor, que, somado ao setor privado sem fins lucrativos (19%), totalizavam 70% dos empregos em saúde.

Estudo realizado com 15 categorias de profissionais/ocupacionais de saúde² em dois momentos - 1995 e 2000 - evidenciou participação expressiva das mulheres na ocupação dos postos de trabalho em saúde:

¹ Composto por estabelecimentos que desenvolvem atividades de atenção à saúde das pessoas, como hospitais e clínicas e serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos.

² Entre elas: bióloga; bacteriologista/farmacologista; médico; dentista; médico veterinário; farmacêutico; nutricionista; enfermeiro; assistente social; psicólogo; ortoptista e óptico, e terapeuta ocupacional e fisioterapeuta e pessoal de enfermagem (auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem, visitador sanitário; auxiliar de banco de sangue, instrumentador de cirurgia; parteira prática e outros).

- ❖ todas as categorias apresentaram envelhecimento no período de estudo, uma vez que a idade média que, em 1995, era de 37 anos, passou para 38 anos em 2000, com exceção dos farmacêuticos que permaneceram com a mesma idade média;
- ❖ o salário médio para o conjunto das categorias analisadas em 2000 estava em torno de 6,5 salários mínimos (SM), sendo que os menores salários eram dos ortoptistas/óticos (3,8 SM) e do pessoal de enfermagem (3,9 SM) e os maiores, dos médicos (12,2 SM) e veterinários (1,8 SM);
- ❖ o tempo médio de permanência no emprego em 2000 era de sete anos para o total de profissionais/ocupacionais de saúde. Das 15 categorias selecionadas, 10 apresentavam tempo médio de permanência no emprego igual ou menor que a média (GIRARDI; CARVALHO, 2002b).

Além das características apontadas, até o momento, outras tendências sobre o mercado de trabalho em saúde, que repercutem na inserção dos recursos humanos, podem ser identificadas.

Para Silva e Costa (2002), o movimento de descentralização implementado na reforma do sistema de saúde brasileiro, através da estratégia da municipalização, está fortemente associado a mecanismos de flexibilização e diferenciação dos contratos de trabalho (adoção do regime da terceirização para cooperativas e empresas; contratos autônomos, entre outros), principalmente na atenção ambulatorial.

A forte tendência à flexibilização das relações de trabalho, que se amplia para todos os ramos de atividade pública e privada, é resultado, em última análise, do processo de globalização econômico-social (NOGUEIRA, 1999). Esse mesmo autor coloca que para os trabalhadores do SUS, flexibilizar significa submeter-se a vínculos de trabalho mais autônomos e mais temporários, que, em geral, comportam aumentos imediatos da renda

monetária. Entretanto, na perspectiva da gestão do sistema/serviços, cuja ênfase é a necessidade de contar com um quadro de pessoal ajustado, permanentemente, às mudanças tecnológicas, às variações do mercado e aos diversos fatores culturais e econômicos, flexibilizar traduz-se em *encontrar formas de colocar prontamente a pessoa certa no lugar certo para garantir a satisfação do cliente e permitir a própria reprodução da instituição diante das forças de mercado e das tecnologias modernas* (NOGUEIRA, 1999 p. 430).

A flexibilização descrita pressupõe a temporariedade do contrato, a variedade das jornadas de trabalho, a multiplicação dos incentivos, a elevada taxa de demissão e readmissão garantindo, assim, o ajustamento da administração pública às exigências da sociedade contemporânea (NOGUEIRA, 1999).

Neste sentido, o conceito de flexibilização associa-se àquele de precarização das relações de trabalho que, entre outros aspectos, tende a manifestar-se em: remuneração insuficiente, baixo nível de qualificação, formas diferenciadas de contratação, quantidade de horas trabalhadas e afastamento por doença (SANTOS; UCHOA; MENELEU NETO, 2004).

Outro forte indicador de flexibilização, a terceirização, é entendido como o processo pelo qual a empresa, buscando *alcançar maior qualidade, produtividade e redução de custos, repassa a uma outra empresa um determinado serviço ou a produção de um determinado bem* (CHERCHIGLIA, 1999, p.368).

Na saúde, diante das pressões provenientes do aumento dos custos da atenção, das taxas de inflação e da necessidade de eficiência para enfrentar a competitividade que, também, vem se estabelecendo nesta área de produção, a terceirização tem ganho cada vez mais espaço. Atualmente, além da contratação terceirizada de setores tradicionais (serviços gerais, limpeza, alimentação, manutenção etc.) nos EUA, observa-se que 58% dos serviços de diálise entregam a terceiros os serviços profissionais e técnicos (SUNSERI apud CHERCHIGLIA, 1999).

No Brasil, estudo do Ministério da Saúde (MS) sobre o mercado de trabalho em enfermagem, aponta que 1,7% e 1,5% dos hospitais estudados contratavam enfermeiros e auxiliares de enfermagem de agências (BRASIL, 1999).

Diante das considerações apresentadas até o momento, que procuraram caracterizar a dimensão que o mercado de trabalho em saúde assume na economia do país, bem como as intensas transformações nas relações de trabalho no setor e, levando-se em conta que o nosso foco de investigação são os recursos humanos de enfermagem, passamos a seguir a expor sobre a inserção desse grupo de trabalhadores no mercado de trabalho em saúde no Brasil.

1.1.1 A inserção dos recursos humanos de enfermagem no mercado de trabalho: composição, distribuição e movimentação

A inserção da enfermagem, particularmente na área hospitalar, ocorreu e consolidou-se ao longo da história. A composição e a representatividade numérica desse grupo de profissionais/ocupacionais, no conjunto de trabalhadores da saúde, merecem ser destacadas quando se pretende discutir recursos humanos.

Tomando a Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de junho de 1986, a enfermagem compõe-se de categorias que se distinguem em função do grau de formação que apresentam, a saber: enfermeiro, com nível superior; técnico de enfermagem, com exigência de escolarização formal de nível médio; auxiliar de enfermagem, formado em cursos profissionalizantes com exigência de escolarização formal de ensino fundamental ou médio. Cabe salientar que, ainda nos dias de hoje, com todos os esforços dirigidos à qualificação dos agentes de enfermagem, existe um grupo de trabalhadores sem qualificação formal e regular atuando na área, sob diferentes denominações (atendentes, auxiliar de serviços gerais etc.).

Nestes últimos anos, estudos acerca do mercado de trabalho em saúde e da inserção dos recursos humanos vêm sendo realizados. Entretanto, o conhecimento das dimensões e

configurações peculiares desse mercado e os fatores que determinam sua dinâmica ainda constituem um grande desafio e, neste sentido, investigações nesse campo são bastante reduzidas.

No Brasil, em 1999, encontravam-se empregados na área de enfermagem aproximadamente, 685.000 trabalhadores, representando 63% do pessoal de saúde (PIERANTONI; VARELLA, 2002). A maioria dos empregos de enfermagem localizava-se nos serviços médicos e odontológicos, especialmente nos serviços classificados como de atendimento hospitalar de urgência e de emergência (BRASIL, 2001a).

Segundo dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), em 1995 e em 2000, respectivamente, 35,4% e 35% dos enfermeiros, e 54,1% e 52,2% dos auxiliares de enfermagem encontravam-se empregados em atividades hospitalares (GIRARDI; CARVALHO, 2002b). Destaca-se, ainda, que dos vínculos de emprego do pessoal de enfermagem, 59% localizam-se no setor privado e 41,1% no setor público (PIERANTONI; VARELLA, 2002).

Estes dados apontam que os trabalhadores de enfermagem representam parcela significativa dos recursos humanos alocados nos serviços de saúde, e ratificam que a área hospitalar constitui-se, ainda, em importante mercado de trabalho para a enfermagem.

Alguns indicadores gerais do mercado de trabalho de profissionais de saúde empregados no mercado formal, relativos ao ano de 2000 e apresentados no estudo de Girardi e Carvalho (2002b) permitem caracterizar melhor a inserção dos profissionais de enfermagem, entre eles:

- ❖ para os 71.097 enfermeiros com vínculo empregatício, a idade média era de 36 anos; a remuneração média, 8,4 SM; o tempo médio de emprego, 74 meses, correspondente a 6,1 anos;

- ❖ quanto aos 199.899 auxiliares de enfermagem, a idade média era de 36 anos; a remuneração média, 4,7 SM; e o tempo médio de emprego de 64 meses, o que corresponde a 5,3 anos.

Segundo Girardi e Carvalho, (2002b, p.222)

(...) a insuficiente apropriação de estatísticas gerais do mercado de trabalho e do emprego no campo da saúde, a irregularidade na produção de estatísticas específicas sobre o trabalho e as condições do emprego no setor, a escala reduzida de estudos e pesquisas específicos sobre o tema.

(...) a relativa escassez de recursos humanos com especialização nos temas do mercado de trabalho em saúde figuram entre os fatores que contribuem para esse descompasso (...).

Especificamente no que concerne ao mercado de trabalho e recursos humanos de enfermagem, estes começaram a ganhar visibilidade mais recentemente. Uma das razões, talvez, tenha sido o PROFAE, que, inscrito no âmbito das políticas públicas da área da saúde, foi delineado em 1999 e efetivamente implementado pelo MS no ano de 2000, com os objetivos de promover a melhoria da qualidade da atenção ambulatorial e hospitalar, por meio da redução do déficit de pessoal de enfermagem qualificado, e apoiar a dinamização e regulamentação do mercado de trabalho no setor saúde (SÓRIO, 2002).

Como projeto social, voltado particularmente para a área de enfermagem, em especial para o conjunto de trabalhadores de nível médio que atuavam nos serviços de saúde sem qualificação técnica regular, este estudo foi construído com o objetivo de articular desenvolvimento de recursos humanos, educação profissional e trabalho (ANSELMÍ et al., 2003). Para sua execução, demandou-se um estudo prévio realizado em 1998, pelo Ministério da Saúde, acerca da inserção dos empregados em enfermagem no mercado de trabalho em saúde, contemplando algumas variáveis, entre elas: setor institucional de atuação (público e privado), categoria profissional (enfermeiros, auxiliar de enfermagem, atendente, agente de saúde pública); gênero; idade; escolaridade; remuneração média, tempo médio no emprego

(em anos) e horas contratadas. Estes resultados estão apresentados no Dossiê: mercado de trabalho em enfermagem no Brasil: PROFAE – Programa de Formação de Trabalhadores na Área de enfermagem (BRASIL, 1999).

Ainda com vistas à elaboração do PROFAE, foram desenvolvidas, sob coordenação do Ministério da Saúde, oficinas de trabalho, com representantes de serviços de saúde (dirigentes e coordenadores da área de enfermagem) de três regiões do país (Sul, Sudeste e Centro-Oeste). Estas oficinas constituíram o componente qualitativo da “Pesquisa sobre demanda de trabalho e necessidades de formação e profissionalização de trabalhadores da área de enfermagem”. Utilizando-se a técnica de grupos focais, foram debatidos os temas relativos ao mercado de trabalho, perfil profissional e processos de qualificação dos auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2001a). Entre os resultados obtidos, evidenciou-se que, em decorrência da vigência da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, houve um aumento do custo de contratação do auxiliar de enfermagem com a elevação dos gastos com folha de pagamento, em torno de 30 a 40%, que comportou, para esse grupo profissional, melhoria no nível de emprego. Outro aspecto ressaltado foi a rotatividade dos profissionais de enfermagem, considerada grande, que se traduz em um baixo tempo médio de permanência no emprego, de dois a dois anos e meio.

Entre as causas que têm provocado o aumento da demanda de trabalhadores de enfermagem (técnicos e auxiliares de enfermagem), na área hospitalar, está o envelhecimento da população brasileira *na medida em que contribui para o aumento da necessidade de internação e cuidados de reabilitação das pessoas idosas* (NOGUEIRA, 2002 p.40). Segundo o autor, este fato pode ser observado, principalmente, no aumento da média de dias de internação, que está associada à faixa etária dos pacientes. Pacientes com mais de 40 anos, internados em hospitais do SUS, apresentam média de dias de permanência superior à daqueles de faixa de idade menor, fato este explicado pela maior incidência de doenças

crônico-degenerativas nesse grupo. Assim, quanto maior a média de permanência, maior é o consumo de força de trabalho de enfermagem.

A demanda por pessoal de enfermagem é afetada também pela estrutura de morbidade. Algumas enfermidades exigem uma atuação intensiva da enfermagem, seja no que diz respeito ao monitoramento de sinais e sintomas, ou às intervenções terapêuticas, de reabilitação ou, ainda, para propiciar maior conforto ao paciente. Também as mudanças organizacionais, como aquelas de caráter tecnológico repercutem sobre a qualidade e produtividade dos serviços e na quantidade da força de trabalho de enfermagem empregada. Tais aspectos, por sua vez, associam-se à elevação da escolaridade expressa no nível educacional e na formação técnica dos trabalhadores de enfermagem (NOGUEIRA, 2002).

Nesse sentido, deve-se apontar também como elementos que influenciam a geração de postos de trabalho, determinadas diretrizes governamentais que estabelecem parâmetros mínimos relativos à equipe de enfermagem para atuar em unidades de terapia intensiva e serviços de diálise (BRASIL, 1998; 2004).

Quando se discute mercado de trabalho em enfermagem, além das evidências referidas na literatura acerca da demanda crescente, com geração de postos de trabalho para os trabalhadores dessa área, há que se considerar, também, que esse grupo de agentes nos últimos anos vem sendo submetido a precarização do trabalho cujos efeitos são:

(...) menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos (assistência médico-odontológica, alimentação, moradia, transporte) e níveis mais altos de rotatividade (...)
(CHERCHIGLIA, 1999).

Embora, como apontado pela autora acima, a força de trabalho em saúde apresente rotatividade elevada, poucos estudos têm, efetivamente, avaliado/mensurado este fenômeno. A seguir, passamos a discorrer sobre a rotatividade no trabalho de enfermagem.

1.1.2 A rotatividade no trabalho de enfermagem: aspectos conceituais e de mensuração

O trabalho representa o componente de maior complexidade no processo de produção de serviços de saúde. *É um fator de produção que não existe em si mesmo, senão agregado aos agentes que o realizam, seres dotados de emoção e vontade, que o jargão administrativista denomina recursos humanos* (SANTANA, 1996). Uma nova concepção enfoca o trabalho como sinônimo de participação humana no processo de produção, onde o agente de trabalho assume sua dimensão de descobridor e construtor cotidiano de sua própria prática. *Este novo enfoque implica repensar as bases sociais e econômicas do trabalho, as modalidades de contratação, os sistemas de remuneração e os princípios éticos, e tudo isso, e o que é indispensável, seus reflexos ou implicações para as práticas de formação e educação permanente dos trabalhadores* (SANTANA, 1996).

Nesse processo de produção, observa-se uma particularidade importante, qual seja, a forte interação entre o sujeito que produz e o sujeito que consome/utiliza as ações de saúde. Essa interação pode influir de forma significativa na eficiência e eficácia dos serviços de saúde, as quais, em síntese, traduzem a capacidade que eles têm de responder, efetivamente, às necessidades de saúde de uma determinada população. Para atender a esse pressuposto, no âmbito dos serviços de saúde, espera-se que os recursos humanos apresentem uma distribuição, um *mix* de competências (qualificação) e, ainda, níveis de movimentação dentro do mercado de trabalho, capazes de assegurar produtividade e, sobretudo, qualidade ao serviço.

Em função dos altos custos financeiros e do número limitado de recursos humanos, principalmente na área de enfermagem, alguns desafios, ainda hoje, são colocados aos sistemas de saúde, entre eles: prover cuidados de qualidade aos usuários e melhorar os

indicadores de saúde do país. Tais aspectos, por sua vez, demandam incentivos permanentes à formação acadêmica e uma distribuição adequada de recursos humanos (KINGMA, 2001).

Na década de 60, o trabalho da enfermeira ainda era fundamentalmente influenciado por compromissos familiares. Nos Estados Unidos, acreditava-se que a escassez de enfermeiras resultava de situações pessoais e familiares. Na concepção das enfermeiras, dedicar-se à educação dos filhos era mais importante do que a carreira profissional. Entretanto, em decorrência do avanço tecnológico, houve uma demanda crescente de pessoal mais qualificado, o que favoreceu o surgimento de novas opções de carreira para as mulheres (HARRIET et al., 1997).

A pressão por melhores serviços de saúde articula-se à necessidade de um provimento adequado desses recursos neste mercado específico de trabalho. Estudos desenvolvidos nas últimas décadas, em vários países, indicam que a área de enfermagem tem vivenciado algumas problemáticas relativas a recursos humanos, entre elas: escassez de enfermeiros (redução expressiva no número de enfermeiros disponíveis no mercado), insatisfação no trabalho e uma alta rotatividade (*turnover*) nos serviços (BORDA; NORMAN, 1997; TAI; BAME; ROBINSON, 1998; REMSBURG; ARMACOST; BENNETT, 1999; LU et al. 2002; GOODIN, 2003; MRAYYAN, 2005; MORRELL, 2005; LU; WHILE; BARRIBALL, 2005).

No mercado de trabalho dos Estados Unidos, a escassez de enfermeiros tem sido apontada como um dos graves problemas enfrentados pelos serviços de saúde, ocasionada pela forte redução da força de trabalho da enfermagem nos últimos anos (GOODIN, 2003).

As transformações na sociedade, como envelhecimento populacional, surgimento de doenças mais graves e intensificação de atividades de promoção da saúde, vêm demandando um número maior de enfermeiros para atuação nos serviços de saúde. As instituições hospitalares americanas, embora venham tentando compor um quadro adequado de

enfermeiros, têm enfrentado algumas dificuldades nesse sentido, entre elas, a redução da oferta de profissionais no mercado de trabalho. Estudo desenvolvido no período de 1996 a 2000 identificou uma redução de 16,6% no número de alunos matriculados nas escolas de enfermagem (CAMPBELL; FOWLES; WEBER, 2004). Estes mesmos autores, citando estudo desenvolvido por Marcantonio; Young; Howard (1997) em Illinois, no ano de 1996, apontam que dos 39.383 enfermeiros registrados, 12,3% não estavam trabalhando e 7,4% encontravam-se totalmente fora do mercado de trabalho.

Particularizando a questão da rotatividade, esta pode ser definida como *um movimento que se verifica no mercado de trabalho, caracterizado pelas entradas e saídas dos indivíduos de uma determinada instituição que compõem esse mercado* (ANSELM, 1997 p.44). Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE), a rotatividade compreende *a medida do número de trabalhadores que passa pelos postos de trabalho de uma seção, empresa, setor ou ramo, num determinado período de tempo* (DIEESE, 1988). Esse movimento traz em si a idéia de reposição, de substituição da força de trabalho e é passível de mensuração por meio de procedimentos operativos, os quais podem ser traduzidas em determinados indicadores, entre eles, as taxas de rotatividade.

A rotatividade pode ocorrer em virtude de uma decisão do trabalhador (voluntária) em função de: propostas mais vantajosas de trabalho, como melhores salários ou outras condições de trabalho; solucionar conflitos com colegas, superiores hierárquicos, administradores; mudança de carreira profissional, e para atender necessidades familiares como cuidar dos filhos ou ainda por aposentadoria. A rotatividade involuntária acontece quando a instituição/empresa decide pelo desligamento do trabalhador, que pode caracterizar-se como justa causa ou sem justa causa.

Seja na modalidade voluntária ou involuntária, a rotatividade tem impacto negativo, tanto no grupo de trabalho como na instituição em si. Assim, o desligamento/saída de

trabalhadores nos serviços de saúde pode resultar em duas conseqüências, ambas de grande relevância. Uma primeira, prevalentemente de cunho econômico, uma vez que a saída (desligamento) de trabalhadores implica elevação dos custos financeiros relativos à reposição da força de trabalho, ou seja, novos trabalhadores deverão ser recrutados/contratados em substituição àqueles que saíram; outra conseqüência diz respeito ao comprometimento da qualidade da assistência prestada, dada a solução de continuidade que se estabelece no processo de trabalho (LU et al., 2002; MORRELL, 2005; LU; WHILE; BARRIBALL, 2005).

Estudos internacionais, realizados a partir da década de 90, enfatizam que a satisfação dos enfermeiros no trabalho (*job satisfaction*) e a permanência destes no emprego (*retention*) constituem elementos associados à rotatividade (BORDA; NORMAN, 1997; MORRELL, 2005).

Nos países em desenvolvimento, pesquisadores têm pontuado que a migração de enfermeiros, de um país para outro, constitui uma das causas da rotatividade. Esta movimentação tem provocado uma redução no número de enfermeiros disponíveis no mercado, associada a um aumento de custos relativos ao recrutamento e treinamento (KINGMA, 2001; LEE et al., 2004).

A migração internacional de enfermeiros tem sido incentivada pela busca de desenvolvimento profissional (melhoria da aprendizagem), qualidade de vida (condições de trabalho) e segurança pessoal (melhor remuneração). Investigações realizadas em três países, Austrália, Estados Unidos e Inglaterra, evidenciavam claramente o descontentamento dos enfermeiros nos serviços públicos: 80% estavam insatisfeitos com as atuais condições de trabalho; três entre cinco consideravam o trabalho pouco gratificante; 55% trabalhavam sob pressão e um entre cinco tinham insônia por causa da tensão no trabalho. Outro dado alarmante era que 50% dos enfermeiros planejavam deixar a profissão nos próximos cinco

anos; 94% consideravam a reposição de enfermeiros inadequada e 88% achavam que a carreira era pouco atrativa para os jovens (KINGMA, 2001).

A satisfação no trabalho, definida como o grau de contentamento do trabalhador em relação à sua atividade laboral, tem constituído uma variável importante nas pesquisas comportamentais e/ou teorias organizacionais. Mesmo com utilização de metodologias diferenciadas, é expressivo o número de estudos que consideram a satisfação no trabalho um aspecto determinante na garantia da qualidade da assistência prestada, na redução dos gastos hospitalares e na diminuição da rotatividade do pessoal de enfermagem (MRAYYAN, 2005; LU; WHILE; BARRIBALL, 2005).

Lu; While; Barriball (2005) realizaram uma revisão bibliográfica de 21 estudos desenvolvidos em nove países (Austrália, Canadá, China, Estados Unidos, Hong Kong, Inglaterra, Korea, Suécia e Taiwan), entre 1990 e 2002, sobre satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem. Os fatores que apresentaram maior correlação com a satisfação no trabalho foram: o estresse no trabalho; compromisso organizacional; coesão da equipe de enfermagem. Os fatores de correlação moderada foram: ambigüidade de papéis; compromisso profissional, rotina de trabalho, apoio ou hostilidade da equipe, autonomia, reconhecimento profissional e comunicação. Mostraram menor correlação com a satisfação no trabalho os seguintes fatores: situação de conflito, envolvimento no trabalho, idade, tempo de experiência, nível de qualificação, profissionalismo, ansiedade e comunicação com a chefia.

Lu et al. (2002), interessados em conhecer a relação entre rotatividade, intenção de permanecer no emprego, compromisso profissional e satisfação no trabalho, efetuaram uma pesquisa com 2.197 enfermeiros da China. Os resultados demonstraram que 38,4% dos enfermeiros tinham a intenção de deixar o trabalho e 30,4% manifestaram o desejo de deixar a profissão. Segundo as autoras a satisfação no trabalho tinha uma correlação positiva com

compromisso profissional (permanecer no emprego) e negativa com a rotatividade (deixar a profissão).

Yin e Yang (2002) analisaram 129 estudos realizados com os enfermeiros de Taiwan, durante o período de 1978 a 1998. Tais estudos buscavam identificar as causas da alta rotatividade entre os enfermeiros das instituições hospitalares e os fatores que influenciavam na intenção de permanecer ou não no emprego. Os resultados apontaram os seguintes fatores relacionados à rotatividade: a remuneração, os benefícios adicionais (insalubridade e complementação salarial do plantão noturno); estresse; reconhecimento profissional; planejamento do turno de trabalho (inflexibilidade e plantão noturno); oportunidade de crescimento individual (educação continuada e qualificação profissional); relacionamento interpessoal; ambiente de trabalho, políticas administrativas e compromisso institucional; o trabalho em si (desafio profissional, satisfação no trabalho e autonomia) e, ainda, alguns fatores relacionados ao meio externo como a distância geográfica entre a residência e o local de trabalho e outras oportunidades de trabalho.

Segundo os autores acima, todos os fatores relatados afetam a estabilidade da força de trabalho de enfermagem, a qualidade do atendimento ao paciente e a qualidade de vida dos enfermeiros.

O estudo realizado com enfermeiros de Illinois (Estados Unidos) trata da relação, extremamente positiva, existente entre a estrutura organizacional e satisfação no trabalho de saúde pública. Os resultados demonstraram que 169 (98%) dos enfermeiros pretendiam permanecer no emprego pelo fato de estarem desenvolvendo atividades pouco estressantes, dispunham de autonomia profissional, os horários de trabalho eram flexíveis e havia planejamento do trabalho no serviço em que atuavam. Outro dado interessante é que apenas 52 enfermeiros (27%) responderam que o aumento salarial poderia contribuir para maior satisfação no trabalho (CAMPBELL; FOWLES; WEBER, 2004).

A investigação realizada por Mrayyan (2005), na Jordânia, compara os dados sócio-demográficos, condições de trabalho, satisfação no trabalho e permanência no emprego de 124 enfermeiros de hospitais públicos e 314 enfermeiros de hospitais privados. Os enfermeiros dos hospitais privados apresentaram taxas mais altas de satisfação no trabalho e tinham mais interesse em permanecer no emprego do que os enfermeiros dos hospitais públicos. Os hospitais privados ofereciam maiores vantagens salariais (benefícios e redução de horas como forma de compensação das horas trabalhadas nos fins de semana); os enfermeiros dos hospitais públicos, após aposentadoria, continuavam trabalhando nos hospitais privados.

Durante os anos 90, a problemática da rotatividade na área da enfermagem continuou sendo objeto de interesse dos pesquisadores, uma vez que as taxas verificadas nos serviços mantinham-se em patamares considerados elevados.

Tai; Bame; Robinson (1998) efetuaram uma extensa revisão bibliográfica de estudos realizados entre 1977 e 1996, acerca da rotatividade dos enfermeiros. Na consulta informatizada, os autores detectaram a existência de, aproximadamente, 200 artigos; destes, foram selecionados 37 que atendiam, entre outros, os seguintes critérios de inclusão: redação no idioma inglês; apresentação de dados empíricos quantitativos relativos às taxas de rotatividade (*turnover*) e a população estudada deveria ser de enfermeiras que atuavam no cuidado ao paciente.

No Quadro 1, estão sintetizados os artigos analisados segundo autoria e ano do estudo, país em que foi realizado, tamanho da amostra e taxa de rotatividade obtida.

Dos artigos selecionados, 34 foram realizados nos Estados Unidos, dois na Inglaterra e um no Canadá. As instituições mais estudadas foram os hospitais (n=25), e a população de estudo variou de 26 a 288.761 enfermeiros.

Todos os artigos da década de 70, selecionados para análise, foram realizados nos Estados Unidos e apresentavam uma variação da taxa de rotatividade de 10 a 145%. Na década de 80, foram realizados 20 estudos. Embora a maior parte das investigações realizadas neste período aponte taxas menores que 50% (13 estudos), verifica-se nos demais estudos uma grande variação das taxas de rotatividade, de 4 a 200%.

Quadro 1 - Sumário de artigos sobre rotatividade de enfermagem, segundo autor, ano e país do estudo, tamanho da amostra e taxa de rotatividade.

Autor/ano	País	Enfermeiros (Nº)	Taxa de Rotatividade (%)
Mobley et al (1978)	USA	203	10
Seybolt et al (1978)	USA	212	42
Sheridan e Vredengurg (1978)	USA	288	19
George (1979)	USA	463	55 a 145
Parasuraman et al (1982)	USA	307	11
Halbur (1983)	USA	S/R	36 a 68
Knapp e Missiakoulis (1983)	Inglaterra	3041	9 a 15
Lowery e Jacobsen (1984)	USA	276	33
Decker (1985)	USA	483	S/R
Sheridan (1985)	USA	355	30 a 51
Price e Mueller (1986)	USA	1748	2 a 18
Spencer (1986)	USA	S/R	21
Zatura (1986)	USA	56	20
Abelson (1987)	USA	191	29
Ferris e Rowland (1987)	USA	81	S/R
Pfeffer e O' Reilly (1987)	USA	S/R	22
Prestholdt et al (1987)	USA	426	12
Distefano (1988)	USA	180	23 a 34
Lane (1988)	USA	755	S/R
Hart e Moore (1989)	USA	119	S/R
Helmer e McKnight (1989)	USA	429	60 a 200
Landstrom et al (1989)	USA	26	S/R
Mueller e Price (1989)	USA	S/R	4
Parasuraman (1989)	USA	307	11
Cavanagh (1990)	USA	232	20 a 33
Jolma (1990)	USA	123	S/R
Lane et al (1990)	USA	755	S/R
Hom e Griffeth (1991)	USA	244	12 a 21
Kramer e Schmalenberg (1991)	USA	939	16
Bloom et al (1992)	USA	S/R	26
Chapell e Novak (1992)	Canadá	245	S/R
Bame e Bettenhausen (1992)	USA	669	S/R
Bame (1993)	USA	669	12 a 31
Gray e Philips (1994)	Inglaterra	288.761	10 a 15
Robinson (1995)	USA	418	4 a 27
Tai (1996)	USA	418	4 a 27

Fonte: TAI; BAME; ROBINSON (1998).

S/R (sem registro)

Os autores comentam que os estudos analisados apresentavam definições pouco consistentes e diversificadas acerca da rotatividade, o que acabava dificultando a comparação dos resultados obtidos. Chamam atenção também para a grande variação das taxas de rotatividade encontradas.

Remsburg; Armacost; Bennett (1999) verificaram as taxas de rotatividade e de estabilidade de enfermeiros que atuavam em uma instituição de longa permanência (pacientes crônicos e de reabilitação), no período de julho de 1995 a julho de 1997, após a implementação de um conjunto de medidas institucionais para redução da rotatividade, nos dois anos que antecederam a pesquisa, entre elas: contratação de enfermeiros em tempo integral, substituindo aqueles em regime de trabalho temporário; dois aumentos salariais no ano que antecedeu o período de estudo, com vistas a manter a competitividade salarial na comunidade; criação de um plano de carreira com maior treinamento e responsabilidade, e ainda, incentivos financeiros aos enfermeiros que atuavam nas unidades de pacientes crônicos.

No primeiro ano de estudo, a rotatividade foi de 23% (julho de 1995/julho 1996) e, no segundo período, a taxa foi de 28% (julho/1996 a julho/1997). Estas taxas podem ser consideradas baixas quando comparadas àquelas apresentadas no Quadro 1. Quanto à estabilidade, verificada através do percentual de enfermeiros que ficaram empregados pelo menos durante 12 meses na instituição, os autores encontraram uma taxa de estabilidade ou permanência em torno de 70%. A mediana de tempo de trabalho dos enfermeiros que se desligaram da instituição no primeiro período foi de 16 meses, e daqueles que saíram no segundo período foi de 14 meses. Para os pesquisadores, as intervenções realizadas antes da pesquisa contribuíram de forma decisiva para manutenção da baixa taxa de rotatividade em cada um dos períodos estudados.

Observa-se, portanto, nos estudos que abordam tanto a satisfação no trabalho como os aspectos de retenção/permanência no emprego, que a questão da rotatividade apresenta-se de forma transversalizada, ou seja, à medida que os enfermeiros mostram-se insatisfeitos no trabalho, na instituição em que atuam, aumenta a possibilidade que eles venham a se desligar, e, deste modo, as taxas de rotatividade tenderão a crescer; por outro lado, a adoção, por parte dos serviços de saúde, de medidas/estratégias que objetivem “reter” os enfermeiros em seus empregos, poderá promover uma redução nos níveis de rotatividade organizacional.

A revisão apresentada acerca dos estudos internacionais indica que a rotatividade constitui, nos dias atuais, uma problemática crucial nos serviços de saúde, particularmente para a área de enfermagem. A sua mensuração, através de determinados índices, possibilita às instituições avaliações acerca da estabilidade da sua força de trabalho, bem como dos custos envolvidos na sua manutenção e/ou reposição, constituindo, neste sentido, uma valiosa ferramenta gerencial.

A seguir, passamos a discutir como esse movimento se apresenta e vem sendo investigado no mercado de trabalho da enfermagem brasileira.

Considerando que no Brasil, especificamente na área hospitalar, os trabalhadores de enfermagem representam parcela significativa dos recursos humanos alocados nessas instituições, conhecer a disponibilidade desses recursos no mercado de trabalho tanto nos aspectos quantitativos, qualitativos como de movimentação é fundamental para o processo de gestão do pessoal de enfermagem nas instituições hospitalares.

No Brasil, são poucos os estudos acerca da rotatividade de trabalhadores de enfermagem. As primeiras investigações foram desenvolvidas por Costenaro et al. (1987) que, ao observarem uma intensa movimentação do pessoal de enfermagem em um hospital público, realizou estudo para conhecer a rotatividade desse grupo e as respectivas causas de desligamento. A rotatividade foi quantificada através do número de admissões e de

desligamentos, ocorridos no período de janeiro a dezembro de 1984, e o total de trabalhadores existentes no início e no final do período. As autoras encontraram uma taxa de rotatividade de 7,7% e os motivos de desligamento mais frequentes relatados foram aqueles relacionados às questões financeiras, vida social restrita decorrente da jornada de trabalho e rodízio de horário.

Anselmi (1988), ao vivenciar na prática administrativa de um hospital de ensino um elevado número de desligamentos de enfermeiros, mensurou a rotatividade desses profissionais, comparando-os com aqueles de outras categorias profissionais (médicos e auxiliares de enfermagem), durante um período de sete anos (1979-1985). Para tanto, adotou indicadores de rotatividade denominados globais, entre eles, as taxas de admissão (TA) e de desligamento (TD), taxa líquida de substituição (TLS), permanência média no emprego (em anos). Em todos os indicadores aplicados, os enfermeiros apresentaram a maior rotatividade durante o período de estudo.

Posteriormente, Anselmi (1993) desenvolveu, em 1990, nova investigação sobre a rotatividade de trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem) em nove hospitais (público, privado e filantrópico), no município de Ribeirão Preto. Utilizando os mesmos indicadores, verificou elevadas taxas de rotatividade da força de trabalho em enfermagem na rede hospitalar, principalmente nos hospitais filantrópicos. O hospital público foi o que apresentou menor movimentação de trabalhadores. Os atendentes de enfermagem e os enfermeiros foram as categorias mais substituídas e, portanto, menos estáveis no emprego.

No período de 1990 a 1994, Anselmi (2001) investigou a “sobrevivência” no emprego dos trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) em uma instituição hospitalar pública, utilizando para análise a técnica de Tábua de vida de seguimento. O estudo evidenciou que, durante o período de cinco anos, a força de

trabalho em enfermagem da instituição estudada mostrou um elevado grau de instabilidade, particularmente as categorias enfermeiro e auxiliar de enfermagem, indicando alta rotatividade para esses dois grupos de profissionais.

Mais recentemente, Nomura (2001), ao perceber uma intensa movimentação dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário no município de São Paulo, realizou investigação para avaliar a taxa de rotatividade, durante o período de 1997 a 2000. As taxas de desligamento encontradas pela autora podem ser consideradas baixas. Para enfermeiros, variaram de 8 a 15,2%; para técnicos de enfermagem, de 2,3 a 19% e para auxiliares de enfermagem, de 5,8 a 13,7%. Enfermeiros e técnicos de enfermagem apresentaram taxas superiores à dos auxiliares de enfermagem.

Com base na experiência profissional, ao longo dos últimos anos no gerenciamento de projetos, programas e cursos desenvolvidos pelo departamento em que atuamos, no contato permanente com os chefes de serviços de enfermagem hospitalares, que colocam constantemente em evidência as problemáticas relativas a recursos humanos e, ainda, na literatura consultada, apontamos alguns questionamentos que emergiram, entre eles:

- ❖ Como estão distribuídos os trabalhadores de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) na rede hospitalar do município de Uberaba-MG?
- ❖ Quais as características demográficas (sexo, idade) e de inserção no emprego (jornada semanal de trabalho, tempo de trabalho, rendimento mensal percebido) destes trabalhadores?
- ❖ Qual a rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Uberaba? Essa rotatividade comporta-se de forma distinta de acordo com a categoria profissional (enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem) e a natureza jurídica do hospital (público, privado e filantrópico)?

As respostas a estas questões poderão trazer contribuições: para os dirigentes e gerentes de enfermagem dos hospitais; para o setor formador, seja ele universitário ou de nível médio e, ainda, para os gestores do sistema local de saúde, ampliando os conhecimentos quanto à dinâmica do mercado de trabalho hospitalar no município, oferecendo, assim, subsídios para a reorganização do sistema, com uma melhor distribuição e alocação dos recursos humanos de enfermagem.

A seguir delineamos os objetivos do presente estudo.

2 *Objetivos*

2 *Objetivos*

Geral

Descrever a inserção e a rotatividade dos recursos humanos de enfermagem na rede hospitalar do município de Uberaba-Minas Gerais, no ano de 2003.

Específicos

- ❖ Descrever a distribuição das diferentes categorias de trabalhadores de enfermagem, segundo variáveis demográficas e de inserção no emprego em hospitais do município de Uberaba-MG.
- ❖ Mensurar e descrever a rotatividade dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional nos hospitais estudados.

3 *Metodologia*

3 Metodologia

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo acerca de recursos humanos de enfermagem alocados nos hospitais do município de Uberaba-Minas Gerais. As investigações de caráter descritivo têm o propósito de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação. Para Polit e Hungler (1995), são um meio eficiente de coleta e análise de grande quantidade de informações acerca de um determinado problema, a partir da realidade do cotidiano.

3.2 Local da investigação

3.2.1 O município de Uberaba-MG

Desenvolvemos a presente investigação no município de Uberaba, cidade mineira fundada em 1820, que se encontra inserido na região do Triângulo Mineiro, a 500km da capital do estado de Minas Gerais. Ocupa uma área física total de 4.512km², com um índice demográfico de 58,3 habitantes/km² e uma população estimada, em 2005, de 280.061 habitantes (UBERABA, 2005).

As principais fontes de arrecadação do município são a pecuária e a agricultura, e nas duas últimas décadas tem-se verificado um crescimento considerável do setor industrial. Hoje, Uberaba tem uma infra-estrutura urbana privilegiada com todas as vias centrais pavimentadas; a maioria das residências abastecidas pela rede pública de água (99%) e de esgoto (98%) e a maior parte das casas urbanas ligadas à rede elétrica do estado (99,9%).

Ao longo dos anos, o município tornou-se um importante centro regional de cultura. Preserva o seu passado cultivando hábitos populares e incentivando as festas tradicionais, como folia dos reis, festivais de viola, música sertaneja, catira e outros. A cidade é conhecida

nacional e internacionalmente pela realização de leilões e exposição do gado Zebu. Também tem recebido um número expressivo de visitantes durante o ano todo por seguidores de Chico Xavier, grande líder espírita, mineiro do século e falecido em 2002.

No cenário educacional, nas últimas décadas, a universidade pública federal tem-se destacado na formação de recursos humanos na área de saúde (medicina, enfermagem, biomedicina e técnicos de enfermagem, farmácia, nutrição e radiologia). O crescente aumento de cursos de graduação nas instituições privadas tem contribuído para ampliar a formação de profissionais na área de saúde. No total, o município conta hoje com 56 cursos de graduação e 14 programas de pós-graduação.

Na área de saúde, é um dos principais centros médico-hospitalares das regiões do Triângulo Mineiro e do Alto Paranaíba, para uma população de aproximadamente 1.300.000 habitantes, e oferece assistência à saúde em dois hospitais universitários, um público e outro privado, ambos vinculados às escolas médicas. O município conta ainda com quatro hospitais filantrópicos e seis particulares. A rede municipal de saúde é constituída por dois centros médicos de especialidades e 22 unidades básicas de saúde. O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no município em 1994, conta hoje com 43 equipes do PSF, atingindo uma cobertura populacional em torno de 50%.

Especificamente para o município de Uberaba, a relação médico/habitante/infra-estrutura, incluindo as redes pública e privada, é de um médico para cada grupo de 300 habitantes e um leito para cada grupo de 223 pessoas. O principal indicador de saúde do município, em 2004, aponta um número de óbitos de sete pessoas para cada mil crianças nascidas vivas, oscilando a expectativa de vida entre 70 e 75 anos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba (SMS/URA), após a habilitação do município na gestão semi-plena, ocorrida em 1995, assumiu a responsabilidade da gestão dos serviços de saúde local, através do Serviço de Controle e Avaliação Municipal. Em 2002, com

a adesão do município na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, o Gestor Municipal de Saúde passou a conduzir a Programação Programada e Integrada (PPI), estabelecendo o teto financeiro de assistência de cada um dos 27 municípios jurisdicionados à Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de Uberaba (DADS/URA). O estabelecimento do teto financeiro global da DADS/URA possibilitou a redefinição dos serviços de referência local, micro-regional e macro-regional (Figura 1).

Figura 1 - Municípios pertencentes à jurisdição da Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de Uberaba- MG, 2003.

3.2.2 A rede hospitalar de Uberaba: classificação geral, distribuição de leitos e recursos humanos de enfermagem

A rede hospitalar do município estudado, no ano de 2003, conforme informação do Serviço de Controle e Avaliação do município, compunha-se de 12 hospitais classificados segundo os seguintes aspectos: a natureza jurídica da instituição, cuja identificação ocorre pela forma como os serviços prestados à clientela são financiados; as especialidades atendidas

e o porte do hospital, que traduz a capacidade instalada em termos de número de leitos disponíveis para internação (COSTA NETO; AZEVEDO, 1986; BRASIL, 2002c).

O *hospital público* é uma instituição que integra o patrimônio da União, estados, distrito federal, municípios, autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista. Tem prioridade para a celebração de contratos e convênios com os órgãos governamentais (COSTA NETO; AZEVEDO, 1986). Do ponto de vista do financiamento pelo SUS, os hospitais públicos têm prioridade para a celebração de convênios; em seguida, os filantrópicos inscritos no Conselho Nacional de Seguridade Social e, por fim, esgotada a capacidade destas duas categorias de hospitais, são firmados contratos com hospitais privados.

O *hospital filantrópico* é uma instituição privada que não remunera os membros da diretoria nem os representantes dos órgãos consultivos, exceto aqueles com os quais mantém vínculos de empregador. Não tem finalidade lucrativa e aplica, integralmente, os recursos financeiros na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais. Segundo a legislação vigente, são consideradas entidades filantrópicas aquelas portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão subordinado ao Ministério do Desenvolvimento Social. Por meio do CNAS, é permitido às instituições filantrópicas obter diversas isenções fiscais e tributárias, desde que atendam a algumas exigências, que, para os hospitais, são as seguintes: oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; ou, caso o gestor local do SUS declare impossibilidade de contratação de 60% de internações, o hospital filantrópico aplicará um percentual da receita bruta em gratuidade, que poderá variar, entre 20 e 5%, a depender do efetivo percentual de atendimento ao SUS (BRASIL, 2002c).

O *hospital privado* é aquele que integra o patrimônio de uma pessoa jurídica de direito privado e, assim, tem como finalidade expressa a lucratividade do capital investido (COSTA NETO; AZEVEDO, 1986).

Considerou-se *Hospital geral* a instituição que oferece assistência à saúde dos usuários, nas quatro especialidades básicas (clínicas médica, cirúrgica, gineco-obstétrica e pediátrica); *Hospital com especialidades*, a instituição que presta assistência em outras especialidades, além das quatro básicas; *Hospital especializado*, a instituição que realiza atendimentos em uma determinada especialidade e *Hospital de ensino* ou *Hospital Escola*, a instituição de propriedade das Universidades públicas ou privadas, ou a elas vinculado por regime de comodato, devidamente registrado (COSTA NETO; AZEVEDO, 1986).

A capacidade hospitalar foi definida como o número máximo de leitos que a instituição pode oferecer para internação médico-hospitalar. Considerou-se *hospital de grande porte* a instituição que tem capacidade instalada para 150 a 499 leitos, *hospital de médio porte* de 50 a 149 leitos e *hospital de pequeno porte* de até 49 leitos (COSTA NETO; AZEVEDO, 1986).

No sentido de adotar uma nomenclatura padrão para denominação de leitos hospitalares, tomou-se como referência a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar (Portaria nº 312 de 30 de abril de 2002), a qual deve ser utilizada pelos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), para a elaboração de seus respectivos censos hospitalares e apresentação de dados estatísticos ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b).

Apresentamos a seguir, com base na portaria acima referida, a definição dos termos utilizados neste estudo:

- ❖ *Leito hospitalar de internação* - cama numerada e identificada, destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou

enfermaria, que constitui referência exclusiva de um paciente, durante a sua permanência no hospital;

- ❖ *Leito instalado* – leito habitualmente utilizado para internação, mesmo que eventualmente o leito não possa ser utilizado por um certo período, por qualquer razão (corresponde ao leito informado no cadastro do hospital junto ao MS);
- ❖ *Leito desativado* – leito que nunca foi ativado ou que deixa de fazer parte da capacidade instalada do hospital por qualquer razão. Segundo recomendações do MS, se o hospital não tem condições de manter certo número de leitos em funcionamento, esses leitos devem ser desativados.

Atualmente, os *leitos de tratamento intensivo e semi intensivo* correspondem a uma parcela importante e crescente dos leitos hospitalares e demandam um volume considerável de recursos humanos e financeiros. Segundo o MS, não é mais uma prática viável ou recomendável o bloqueio de um leito de internação para um paciente internado em leito de tratamento intensivo. Por estas razões, incluímos os leitos de tratamento intensivo e semi-intensivo no quantitativo correspondente ao leito hospitalar de internação.

Não são contabilizados como leitos hospitalares de internação: os berços de recém-nascido em regime de alojamento conjunto; os leitos de internação para recém-nascido em berçário sadio e leitos hospitalares de observação. A utilização do leito de observação é comum nas unidades de emergência para o atendimento aos pacientes sob supervisão médica e/ou enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por um período inferior a 24 horas.

Para a definição do instrumento final de coleta de dados do presente estudo, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FMTM, em 13 de fevereiro de 2004, e autorização dos hospitais, realizamos uma investigação prévia, para

o conhecimento da capacidade instalada dos hospitais e a constituição da força de trabalho de enfermagem na rede hospitalar do município de Uberaba.

No Quadro 2 tem-se a distribuição dos hospitais de Uberaba em 2003 segundo natureza jurídica, classificação, capacidade instalada e porte. A rede hospitalar do município, portanto estava constituída de 12 hospitais sendo um público, sete privados e quatro filantrópicos. Entretanto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em sua “Pesquisa do setor informal no Brasil” realizada em 1997 considera que unidades de saúde com até quatro empregados não podem ser classificadas como unidades hospitalares (Girardi et al., 2002a). Com essa justificativa optamos por excluir o hospital que possuía apenas quatro leitos e cinco empregados de enfermagem e assim, nosso campo de pesquisa foi constituído por 11 hospitais.

Quadro 2 - Distribuição da capacidade instalada (leitos instalados) da rede hospitalar do município de Uberaba, segundo natureza jurídica, classificação e porte. Uberaba, 2003.

Hospital	Natureza jurídica	Classificação	Capacidade instalada (nº de leitos)	Porte
1	Público	Geral com especialidades e de ensino	250	Grande
2	Privado	Geral com especialidades e de ensino	45	Pequeno
3	Privado	Geral e com especialidades	30	Pequeno
4	Privado	Especializado	160	Grande
5	Privado	Geral com especialidades	85	Médio
6	Privado	Geral com especialidades	28	Pequeno
7	Privado	Geral com especialidades	55	Médio
8	Privado	Especializado	4	Pequeno
9	Filantrópico	Geral com especialidades	49	Pequeno
10	Filantrópico	Especializado com especialidades	44	Pequeno
11	Filantrópico	Especializado com especialidades	87	Médio
12	Filantrópico	Geral com especialidades	97	Médio

Fonte: Serviço de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde. Uberaba-MG

No que diz respeito a recursos humanos de enfermagem, em outubro de 2003, estavam empregados na rede hospitalar 988 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem). Aproximadamente, a metade estava alocada no hospital público (46,8%), 27,4% nos hospitais filantrópicos e 25,8% nos privados.

Do total de trabalhadores, o maior percentual referia-se às auxiliares de enfermagem, 57,9% e o menor de enfermeiros 10,7%.

3.3 População e variáveis de estudo

Com base nos dados descritos anteriormente, a população de estudo foi composta por todos os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem subordinados, administrativamente, aos serviços de enfermagem que, durante o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2003 participaram da folha de pagamento mediante vínculo de emprego formal nos hospitais estudados. Nesta listagem, foram incluídos os trabalhadores da rede ambulatorial dos hospitais e serviços de alta complexidade do município.

Embora os nomes de quatro atendentes de enfermagem constassem na folha de pagamento de dois hospitais filantrópicos, foram excluídos do presente estudo por estarem desvinculados do serviço de enfermagem. Estes trabalhadores haviam sido admitidos antes da Lei nº 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem e, portanto, no momento de desenvolvimento do estudo não compunham mais a equipe de enfermagem dos hospitais.

Para a população estudada, foram selecionados três grupos de variáveis, a saber:

- ❖ Variáveis demográficas: sexo e idade
- ❖ Variáveis relacionadas à inserção no emprego no mercado de trabalho hospitalar segundo Girardi e Carvalho (2002a,b); Pierantoni e Varella (2002): tipo de contrato (regime jurídico único e regime celetista), jornada de trabalho semanal, rendimento médio mensal (em número de salários mínimos vigentes) e tempo de trabalho na instituição (em anos).

- ❖ Variáveis de rotatividade dos trabalhadores de enfermagem segundo Ely (1979); Duxbury e Armstrong (1982); Tanabe (1985) e Anselmi (1988; 1993): número de admissões e número de desligamentos; taxas de admissão e taxas de desligamento; taxa líquida de substituição; taxa de permanência média no emprego, no período de estudo, e curva de sobrevivência no emprego dos demitentes.

3.4 Instrumentos e Procedimentos de coleta de dados

O período definido para estudo foi o ano de 2003. A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, e ocorreu nos meses de outubro a dezembro de 2003 e de janeiro a abril de 2004.

Os responsáveis da área de recursos humanos e coordenadores de enfermagem das instituições hospitalares estudadas viabilizaram o acesso às fontes secundárias, a partir das quais foram coletados os dados da pesquisa.

Descrevemos, a seguir, as etapas percorridas para obtenção dos dados e respectivos instrumentos utilizados.

- ❖ *No centro de recursos humanos e/ou seção de pessoal dos hospitais e do setor de enfermagem:* realizamos o levantamento da relação dos trabalhadores de enfermagem codificada por número e por categoria profissional, registrando as informações relativas às variáveis de estudo (APÊNDICE 1). Estas informações foram obtidas pela consulta ao cadastro de empregados na instituição e folha de pagamento.
- ❖ Cabe destacar que a consulta às informações contidas nos documentos acima referidos de cada hospital permitiu identificar o grupo de trabalhadores de

enfermagem, nas três categorias profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), que foi acompanhado durante o ano de 2003, quanto aos movimentos de entrada (admissão), saída (desligamento) e/ou permanência no hospital, o que permitiu mensurar a rotatividade no trabalho de enfermagem.

No rol de demissões dos trabalhadores, incluem-se todos os tipos de desligamentos: aqueles solicitados pelo próprio trabalhador, aqueles decididos pela instituição (por justa causa ou sem justa causa), as aposentadorias por tempo de serviço e invalidez, o abandono de emprego e o falecimento do trabalhador.

- ❖ No *Setor de Pagamento*: buscou-se informações relativas ao rendimento (mês a mês) de cada trabalhador de enfermagem (APÊNDICE 1).

Este processo exigiu um contato contínuo com o pessoal dos setores dos recursos humanos e de enfermagem estudados, uma vez que embora a maioria dos hospitais mantivesse um sistema informatizado de cadastro e controle de pagamento houve a necessidade de se aguardar a disponibilização (mensal) de dados de interesse deste estudo. Em alguns hospitais, coletamos os dados mês a mês, de forma manual mediante consulta à folha de pagamento (contra-cheque).

Algumas características dos hospitais, relativas às variáveis estudadas, exigiram adequação dos procedimentos de obtenção das informações, que passamos a descrever.

No hospital público (A), existiam duas formas de contratação dos trabalhadores e, assim, estes foram subdivididos em duas categoriais: (A1) os trabalhadores de enfermagem pertencentes ao Regime Jurídico Único (RJU) – modalidade de vinculação específica dos servidores públicos estatutários disciplinados pela Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990 e (A2) os trabalhadores do Regime Celetista – modalidade em que a relação entre o trabalhador e a organização é regida pela Consolidação da Legislação Trabalhista (CLT).

Em relação ao hospital filantrópico (H), os trabalhadores de enfermagem foram separados em dois grupos: aqueles vinculados às unidades de internação (H1) e aqueles alocados no serviço ambulatorial terceirizado (H2). Serviço terceirizado é uma modalidade alternativa de contrato de grupos profissionais, empresas ou outros órgãos para atividades específicas. Neste caso, o salário dos trabalhadores do setor terceirizado não é de responsabilidade do hospital, mas sim da empresa por ele contratada.

Quanto aos valores dos rendimentos mensais, estes foram convertidos em salários mínimos (SM). Os rendimentos dos trabalhadores correspondentes aos meses de janeiro a março foram divididos por R\$200,00 (valor do SM vigente no período), o que na época correspondia³ a U\$60.13. O mesmo procedimento foi utilizado para a conversão dos rendimentos de abril a dezembro, quando o salário mínimo vigente foi de R\$240,00, equivalente⁴ a U\$ 82.08.

Para a determinação da rotatividade dos trabalhadores de enfermagem da rede hospitalar do município de Uberaba, durante o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2003, utilizamos, como principal referência, os estudos realizados por Anselmi (1988; 1993) e Anselmi; Duarte; Angerami (1997). As autoras analisam com detalhes a movimentação dos trabalhadores de enfermagem na rede hospitalar de um município paulista, a partir da mensuração da rotatividade por meio de indicadores globais e específicos.

Os indicadores globais utilizados para análise foram: a Taxa de Admissão (TA); Taxa de Desligamento ou Taxa Bruta de Rotatividade (TD) (ELY, 1979; TANABE, 1985); Taxa Líquida de Substituição (TLS) (TANABE, 1985) e Permanência Média no emprego (P) (ELY, 1979). Como indicadores específicos utilizou-se: a Mediana (Md) do tempo de serviço dos demitentes e a curva de sobrevivência no emprego (VAN DER MERWE; MILLER, 1971; DUXBURY; ARMSTRONG, 1982).

³ Valor médio (U\$) de janeiro a março de 2003; ⁴ Valor médio (U\$) de abril a dezembro de 2003. (http://www.estadao.com.br/ext/economia/financas/historico/dolar_2003.htm)

A seguir, apresentamos as equações utilizadas em cada indicador de rotatividade.

A - Indicadores globais

A₁ - Taxa de Admissão (TA) e Taxa de Desligamento (TD) (ELY, 1979; TANABE, 1985)

As taxas de admissão e de desligamento retratam a movimentação dos trabalhadores para dentro e/ou para fora da empresa. Os autores acima referem que essas taxas devem ser efetuadas a partir de informações (entradas e saídas) ocorridas em um determinado período de tempo (em geral um ano), a fim de que possam efetivamente representar o movimento da força de trabalho, entre empresa e mercado.

Embora autores como Ely (1979) e Tanabe (1985) preconizem, como denominador das equações para cálculo das taxas de admissão e de demissão, a média entre o número de pessoas em serviço no início (01/01) e no final do período (31/12), neste estudo, em função do procedimento de coleta de dados realizado mês a mês, foi possível estabelecer como denominador a média real de trabalhadores no ano de 2003 (APÊNDICE 4). Assim, tanto na TA como em TD, a equação utilizada adota como denominador o número médio de trabalhadores/categoria profissional durante o período estudado (um ano), e no numerador a frequência absoluta, seja de admissões (TA) como de desligamentos (TD).

Taxa de admissão (TA)	Taxa de desligamento (TD)	Onde:
$TA = 100 \times \frac{A}{M}$	$TD = 100 \times \frac{D}{M}$	A = número de admissões no ano de 2003 D = número de desligamentos no ano de 2003 M = número médio de trabalhadores de 2003

Caso o número médio de trabalhadores no ano seja inferior ao número de admissões/demissões, ocorrerão taxas superiores a 100%. No caso de TA maior que 100%, significa que um mesmo posto de trabalho, em virtude dos desligamentos verificados nessa vaga, foi ocupado no decorrer do ano por diferentes trabalhadores, expressando elevada rotatividade. Isto se deve à contagem das reposições sucessivas de trabalhadores (TANABE, 1985).

Outro aspecto a ser destacado, quando se calcula rotatividade com as medidas acima referidas, é que particularmente taxas de admissão de 100% podem representar movimentações diferenciadas da força de trabalho na instituição.

Exemplificando, ao obtermos uma taxa bruta de 100%, ela pode demonstrar que, durante um determinado período, todos os trabalhadores foram substituídos uma vez; *ou* durante o período, metade da força de trabalho foi substituída duas vezes, enquanto a outra metade permaneceu estável ou, ainda, num determinado período, um quarto da força de trabalho foi substituída quatro vezes, enquanto os outros três quartos permaneceram estáveis. Em cada uma destas situações os problemas relativos ao gerenciamento poderão ser diferentes.

Em se tratando de TD maior que 100%, significa que o volume de demissões é superior à média de trabalhadores no ano. Ambas as situações apontam para uma rotatividade excessiva da força de trabalho com impacto importante no quadro de pessoal da instituição.

A simples identificação do número absoluto de admissões e desligamentos de trabalhadores em uma determinada instituição/serviço, por si só, representa um indicativo da movimentação da força de trabalho. Quando se verifica, no período de estudo, um quantitativo de desligamentos superior às admissões, é possível pensar que o serviço/setor permaneceu com postos de trabalho vagos e que os trabalhadores que permaneceram em atividade, provavelmente, tiveram uma sobrecarga/acúmulo de trabalho.

A₂ - Taxa Líquida de Substituição (TLS) (TANABE, 1985)

A Taxa Líquida de Substituição (TLS) representa a substituição média de pessoal, eliminando a contagem de reposição sucessiva de trabalhadores. Para o cálculo desta taxa, as admissões são contadas uma única vez em relação a uma determinada posição que o trabalhador ocupava durante o período estudado. A TLS foi utilizada por Anselmi (1993) como forma alternativa para correção das limitações apresentadas pelas taxas de admissão e de desligamento.

Taxa líquida de Substituição (TLS)	
$TLS = 100 \times \frac{(L_{<1})}{L_f}$	Onde: $L_{<1}$ = número de empregados com menos de um ano de serviço no final do ano de 2003. L_f = número total de empregados no final do ano de 2003.

A₃. Permanência Média no Emprego (P) (ELY, 1979)

A permanência média no emprego representa o número de períodos necessários para renovar, totalmente, o quadro de pessoal alocado na instituição no momento do estudo. Nessa investigação, esse indicador representa o número de anos requeridos para renovação do quadro de trabalhadores de enfermagem. O cálculo deste indicador proporciona o conhecimento da estabilidade dos trabalhadores no emprego. Quanto maior o valor da (P), maior será a estabilidade do trabalhador no emprego. É importante ressaltar que os resultados obtidos com a aplicação dessa equação e a respectiva análise pressupõem que as admissões, os desligamentos e o pessoal ocupado no período deverão crescer e/ou decrescer no mesmo ritmo do momento em que o indicador for utilizado. Considerando a dinâmica do mercado de

trabalho, influenciada pelas políticas econômicas e sociais, esse padrão de comportamento das admissões e dos desligamentos dificilmente poderá ser garantido. Assim, a interpretação desse indicador deve ser cautelosa (ANSELM, 1993).

Permanência Média no Emprego (P)	
$P = \frac{N}{(A+D) \times \frac{1}{2}}$	Onde: N = número de empregos existentes na unidade no final do ano de 2003. A = número de admissões no ano de 2003. D = número de demissões no ano de 2003.

B - Indicadores específicos

B₁ - Mediana de tempo de trabalho de um grupo de demitentes

A mediana é o termo central de uma série de n termos colocados em ordem crescente ou decrescente (GONÇALVES, 2002). Tomando-se um grupo de trabalhadores que no decorrer de um ano desligaram-se da instituição e, estabelecendo-se para cada um desses trabalhadores o tempo de trabalho (anos ou meses), é possível identificar com qual tempo máximo de trabalho a metade desses trabalhadores saíram, que corresponde ao tempo mínimo que a outra metade permaneceu empregada.

Assim, o valor da mediana de tempo de trabalho dos trabalhadores de uma determinada empresa, indica se os valores da rotatividade está centrada naqueles com mais tempo de trabalho ou com menor tempo de trabalho. Uma mediana de valor baixo significa uma alta rotatividade dos trabalhadores.

B₂ - Curva de sobrevivência no emprego de um grupo de demitentes (VAN DER MERWE; MILLER, 1971; DUXBURY; ARMSTRONG, 1982).

Trata-se de uma representação gráfica do tempo de trabalho dos demitentes de uma instituição em um determinado período. Exprime, em meses ou anos, quanto tempo um determinado grupo de demitentes trabalhou na instituição até o momento em que se desligou. Também, na curva, é possível identificar o tempo mediano de trabalho de um grupo que se desligou da empresa, qual seja, o tempo máximo em que 50% dos demitentes saíram o qual corresponde ao tempo mínimo, enquanto os outros 50% continuaram trabalhando. Para Van Der Merwe e Miller (1971, p.242) *a curva de sobrevivência mostra, portanto os períodos sobrevividos em serviço antes do desligamento acontecer.*

Curva de sobrevivência no emprego	
$S = 100 \times \frac{(Do - Dn)}{Do}$	<p>Onde:</p> <p>Do = número total de demitentes no ano de 2003.</p> <p>Dn = número de demitentes num determinado período.</p>

Para a construção desta curva (S), por exemplo: identificou-se o número de trabalhadores demitentes de cada hospital durante o período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2003 (Do). Para a distribuição dos demitentes por tempo de trabalho, agrupou-se o tempo de trabalho de cada um deles nos respectivos hospitais, em intervalos de classe de 0l-3 meses, 3l-6 meses etc. (Dn). Tendo como base o período analisado, subtraiu-se do total de demitentes (Do) o número de demitentes do intervalo de classe proposto anteriormente (Dn). Dividimos o resultado da operação anterior pelo número total de demitentes no período (Do), sendo o valor da divisão multiplicado por 100. Assim, como exemplifica Anselmi (1993, p.74).

(....) para obter o ponto a ser colocado na curva, subtraímos do total de demitentes, no período analisado, o número de demitentes no intervalo de classe, por ex.: 0 a 3 meses. Este resultado é dividido pelo número total de demitentes, sendo valor da divisão multiplicado por 100. Para este caso, tem-se a proporção dos sobreviventes na empresa, após 3 meses de tempo de serviço (...).

3.5 Tratamento e análise dos dados

A análise desta investigação foi baseada integralmente nas informações obtidas nas instituições hospitalares. Inicialmente, com a colaboração de um profissional estatístico foi construído um banco de dados formato Excel, que possibilitou a organização das informações e posterior análise. Em seguida os dados foram codificados, digitados e armazenados. Utilizamos a estatística descritiva para apresentação dos resultados, adotando distribuições e frequências (absoluta e relativa), medidas descritivas como média, mediana, percentis, variação mínima e máxima. Alguns dados também foram organizados em figuras.

A análise foi desenvolvida tomando-se por referência os estudos sobre mercado de trabalho em saúde e em enfermagem e rotatividade.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

Para a viabilização do presente estudo, encaminhamos à direção dos hospitais e aos coordenadores dos serviços de enfermagem ofício solicitando permissão para desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE 2 e 3), no qual estão explicitadas as finalidades e os objetivos da investigação, assegurando os aspectos éticos, no que tange à identificação das instituições, que foi feita por meio de letras.

O Projeto de Pesquisa foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, tendo sido

submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, cujo parecer foi favorável, em 13 de fevereiro de 2004 (APÊNDICE 4).

4 *Recursos humanos de enfermagem na rede hospitalar do município de Uberaba–MG*

4 Recursos humanos de enfermagem na rede hospitalar do município de Uberaba-MG

4.1 A rede hospitalar do município de Uberaba-MG

O presente estudo foi realizado em 11 dos 12 hospitais que compõem a rede hospitalar do município de Uberaba. Objetivando uma exposição mais ordenada, utilizamos os critérios descritos anteriormente no capítulo metodológico, para classificar, agrupar e codificar os hospitais pesquisados, a saber: *hospital público* (A); *hospitais privados* (B), (C), (D), (E), (F) e (G) e *hospitais filantrópicos* (H), (I), (J) e (K), como pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3 - Sumário da classificação, agrupamento e codificação dos hospitais de Uberaba-MG, 2003.

PÚBLICO	
A	Hospital de especialidades, de ensino e de grande porte. Presta assistência ambulatorial e hospitalar nas diversas especialidades: médica, cirúrgica, neurológica, ortopédica, obstétrica, pediátrica e outras. Além destas, possui diversos serviços de alta complexidade como: cirurgia cardíaca e de marca passo, hemodinâmica, litotripsia extracorpórea, medicina nuclear, transplante renal e de córnea, tomografia computadorizada, terapia renal substitutiva, unidades de terapia intensiva adulta, neonatal e coronariana. Hospital de referência terciária para o atendimento aos usuários do SUS de 27 municípios jurisdicionados a DADS/URA. Desde a sua fundação em janeiro de 1981, a maior parte dos recursos financeiros para a sua manutenção provém do convênio SUS. Está vinculado a uma Faculdade de Medicina - autarquia federal, e disponibiliza toda a sua estrutura para formação acadêmica de médicos, enfermeiros, técnicos e outros, e desenvolvimento de pesquisas científicas.

PRIVADO	
B	Hospital de especialidades, de ensino e de pequeno porte. Presta assistência médico-hospitalar nas diversas clínicas aos usuários do SUS. Possui convênio global com uma universidade privada, a partir de 2002, disponibilizando toda a sua infra-estrutura física para a formação acadêmica de médicos, enfermeiros, e outros.
C	Hospital de especialidades e de pequeno porte. Desde a sua fundação em 1993, presta serviços médico-hospitalares nas áreas médica, cirúrgica e pediátrica. Está vinculado a uma fundação de ensino e não presta atendimentos aos usuários do SUS. Possui convênio com o hospital público, para a realização de cirurgias, exames complementares e outros.
D	Hospital especializado e de grande porte. Foi fundado em 31 de dezembro de 1933 e mantém-se praticamente com recursos financeiros oriundos do convênio SUS. É centro de referência regional para atendimento às pessoas com transtorno mental, de 72 municípios.
E	Hospital de especialidades e de médio porte. Foi fundado em 18 de agosto de 1964 e presta assistência médico-hospitalar nas áreas clínicas, cirúrgicas e pediátricas, aos usuários do SUS. Durante o ano de 2003, encontrava-se em fase de re-estruturação do seu corpo clínico e administrativo.
F	Hospital de especialidades e de pequeno porte. Foi fundado em 13 de dezembro de 1991. Presta atendimentos nas clínicas médica, cirúrgica, cardiológica, neurológica, ortopédica e obstétrica, exceto aos usuários do SUS. Prioritariamente presta atendimentos na área de cardiologia.
G	Hospital de especialidades e de médio porte. Foi fundado em 1940 e presta atendimentos médico-hospitalares nas áreas de cardiologia, cirurgia, nefrologia, urologia, obstetrícia, ginecologia e ortopedia. Possui outros serviços de alta complexidade como o de hemodiálise e transplante renal.

FILANTRÓPICO	
H	Hospital de especialidades e pequeno porte. Realiza atendimentos nas diversas especialidades: médica, cirúrgica e obstétrica. Desde a sua fundação em 1º de dezembro de 1907, oferece assistência médico-hospitalar a populações mais carentes. O hospital mantém-se praticamente com recursos financeiros oriundos do convênio SUS e de doações de particulares e de empresas. Possui serviços terceirizados de alta complexidade.

I	Hospital especializado e de pequeno porte. Desde a sua fundação em outubro de 1935, presta assistência médico-hospitalar às crianças menores de 14 anos de idade. O hospital mantém-se praticamente com recursos financeiros oriundos do convênio SUS e de doações de particulares e de empresas. Possui duas estruturas físicas distintas, uma para o atendimento aos usuários do SUS, cumprindo o seu papel social e outra para os demais convênios.
J	Hospital de especialidades e de médio porte. Desde a sua fundação em 2 de dezembro de 1951, presta atendimentos nas diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. É considerado hospital de referência do Brasil Central para atendimentos aos usuários dos SUS, na área de oncologia. Além dos recursos financeiros oriundos do convênio SUS, o hospital mantém-se através de doações de particulares e de empresas. Desenvolve um importante papel social prestando assistência médico-hospitalar a populações mais carentes. No ano de 2003, encontrava-se em fase de ampliação da sua estrutura física.
K	Hospital de especialidades e de médio porte. Presta atendimentos nas várias clínicas: médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica dentre outras. Possui convênio SUS somente na área de terapia intensiva. Desde a sua fundação em 31 de janeiro de 1960, o hospital mantém o compromisso de cuidar da saúde das pessoas com o espírito cristão.

Antes da apresentação dos resultados obtidos nessa investigação, julgamos ser pertinente contextualizar, a rede hospitalar na qual o estudo foi desenvolvido, considerando os seguintes aspectos: distribuição de leitos, número de internações e força de trabalho empregada, no ano de 2003.

Na Tabela 1, estão apresentados os hospitais, segundo a natureza jurídica, número médio de leitos ativados, número médio de leitos conveniados com o SUS e quantidade de internações realizadas, expressas através do número de AIH utilizadas.

Observa-se que no decorrer do ano de estudo, em média, 43,6% dos leitos ativados situavam-se nos hospitais privados (B, C, D, E, F e G); 27,1% no hospital público, e, 29,3% nos hospitais filantrópicos (H, I, J e K).

Quanto ao porte, havia dois hospitais de grande porte, um universitário (A) e outro especializado na área de psiquiatria (D); quatro de porte médio (E, G, J e K) e cinco de pequeno porte (B, C, F, H e I).

Do total de 924 leitos ativados no município, 644 (69,7%), em média, estavam disponibilizados à população através de convênio/contrato SUS e, portanto, totalmente financiados com recursos públicos. Destes 644 leitos, 38,8% alocavam-se no hospital público, 38,7% nos hospitais privados e, 22,5%, nos filantrópicos. Os dados apontam, portanto, que em 2003, 61,2% dos leitos contratados e/ou conveniados/SUS localizavam-se nos hospitais privados/filantrópicos.

Tabela 1 - Distribuição dos hospitais estudados, segundo o número médio de leitos instalados, número médio de leitos conveniados/SUS, número de AIH utilizadas/ano, número de AIH por leito conveniado SUS e natureza jurídica. Uberaba-MG, 2003.

Natureza jurídica	Código	Nº médio leitos instalados (a)	Nº médio leitos conveniados/ SUS (b)	Nº AIH utilizadas/ano (c)	Nº AIH / nº médio leito conveniado SUS (d)*
Público	A	250 (27,1%)	250 (38,8%)	8.371 (35,9%)	33,5
Privado	B	42	42	1.308	31,6
	C	30	0	0	0
	D	160	158	1.637	10,4
	E	85	31	3.060	98,7
	F	28	0	0	0
	G	58	18	939	52,2
	Subtotal	403 (43,6%)	249 (38,7%)	6.944 (29,7%)	27,9
Filantrópico	H	49	49	3.489	71,2
	I	44	28	1.977	70,6
	J	81	64	2.419	37,8
	K	97	4	135	33,7
	Subtotal	271 (29,3%)	145 (22,5%)	8.020 (34,4%)	55,3
Total		924 (100%)	644 (100%)	23.335 (100%)	36,2

Fonte: Cadastro Hospitalar do Serviço de Controle e Avaliação da SMS/URA.

* d = (c/b)

Quando se analisa a relação número de internações (AIH) por leito disponibilizado, tem-se que cada leito do hospital público utilizou em média, 33,5 AIH; os hospitais privados, em média, 27,9 AIH/leito e os filantrópicos, em média, 55,3 AIH/leito. Estes dados indicam que, embora com menor número de leitos disponibilizados para o SUS, os hospitais filantrópicos efetuaram maior quantidade de internações/leito. Este fato leva a supor que neste segmento hospitalar tenha ocorrido maior produtividade/otimização dos leitos, porém, esta avaliação só é possível conhecendo-se o perfil da clientela internada, em termos de grau de complexidade e procedimentos desenvolvidos.

Marinho (2004), ao analisar alguns aspectos da atuação dos hospitais brasileiros contratados pelo SUS, refere que a participação dos hospitais universitários em termos de quantidade de AIH é maior do que os demais hospitais. No ano de 2002, os hospitais universitários captaram, em média, 34,1 AIH por leito, ao passo que os demais hospitais conveniados/contratados SUS (públicos, privados e filantrópicos) utilizaram, em média, 27,7 AIH por leito.

Em nosso estudo, o índice AIH/leito (33,5) do hospital universitário público, no ano de 2003, apresenta-se semelhante àquele encontrado pelo autor acima citado (34,1). Entretanto, entende-se que esse índice poderia ser mais elevado, se não fosse a crise financeira vivenciada ao longo desse ano, a qual implicou em sucessivos momentos de desativação temporária de alguns leitos de internação e conseqüente suspensão de cirurgias eletivas, entre outras.

Os dados a seguir referem-se ao contingente de trabalhadores que durante o ano de 2003 apresentou vínculo empregatício na rede hospitalar estudada.

Na Tabela 2, estão dispostos os dados relativos à distribuição dos trabalhadores de enfermagem e de outros trabalhadores, conforme a natureza jurídica do hospital e o tipo de regime de contrato de trabalho. Estas informações foram obtidas através da consulta à folha de pagamento e cadastro de empregados dos hospitais estudados. Conforme assinalado na tabela, no hospital A (público), a força de trabalho alocada em A1 compreende aqueles trabalhadores sob regime de contrato de trabalho do RJU, e A2, aqueles regidos pela CLT, cuja contratação efetua-se por meio de uma fundação de ensino e pesquisa de natureza jurídica privada; no hospital H (filantrópico), o pessoal de H2 atua no serviço terceirizado pela instituição.

A rede hospitalar de Uberaba empregou, em média, no ano de 2003, 2.629 trabalhadores. Destes, 56,1% (1.476) no hospital público, 24% (631) nos hospitais filantrópicos e 19,9% (522) nos privados. O hospital público (A) apresenta um papel extremamente importante na oferta de empregos e no desempenho da assistência, ensino, pesquisa e extensão, na região do Triângulo Mineiro, diferenciando-se das demais instituições pela complexa estrutura organizacional e por agregar um número expressivo de especialidades médicas e não médicas, distribuídas em diversas categorias profissionais. Quanto aos hospitais filantrópicos, no Brasil, este segmento responde por cerca de 1/3 da capacidade instalada para atendimento hospitalar da população (GIRARDI; CHERCHIGLIA; ARAÚJO, 2003; LIMA et al., 2004). Neste sentido, constitui um dos mais importantes agentes empregadores no mercado de trabalho em saúde.

Quando efetuamos a distinção entre pessoal de enfermagem e outros trabalhadores, verifica-se que dos 2.629 trabalhadores/mês, em média, 1.027 (39,1%) correspondiam a enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Este quantitativo de enfermagem distribuía-se entre as três categorias de hospitais, da seguinte forma: 483 (47%) no público, 276 (26,9%) nos filantrópicos e 268 (26,1%) nos privados.

Tabela 2 - Número médio mensal de trabalhadores de enfermagem e de outros trabalhadores, segundo regime de contrato de trabalho e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.

Natureza jurídica	Código	Regime contrato trabalho	Trabalhadores com vínculo de emprego formal				
			Enfermagem**		Outros***		Total
			Média mensal	%	Média mensal	%	Média mensal
Público	A1	RJU	357	33,9	696	66,1	1.053
	A2	CLT	126	29,8	297	70,2	423
	Subtotal		483	32,7	993	67,3	1.476 (100%)
Privado	B	CLT	37	38,1	60	61,9	97
	C		36	46,2	42	53,8	78
	D		40	43,5	52	56,5	92
	E		34	50	34	50	68
	F		43	55,1	35	44,9	78
	G		78	71,6	31	28,4	109
	Subtotal		268	51,3	254	48,7	522 (100%)
Filantrópico	H1	CLT	13	25,5	38	74,5	51
	H2 *		22	88	3	12	25
	I		33	35,9	59	64,1	92
	J		61	30,5	139	69,5	200
	K		147	55,9	116	44,1	263
	Subtotal		276	43,7	355	56,3	631 (100%)
Total			1.027	39,1	1.602	60,9	2.629 (100%)

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG.

RJU = Regime Jurídico Único e CLT = Consolidação das Leis do Trabalho.

* Serviço terceirizado.

** Enfermagem: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

*** Outros: todos aqueles que não pertencem à área de enfermagem, como: escriturário, médicos, serventes e outros.

Considerando cada categoria de hospital, tem-se que nos seis hospitais privados, em média, do total de pessoal empregado no ano de estudo, o de enfermagem correspondia a 51,3%; nos quatro hospitais filantrópicos, a 43,7% e no hospital público, a 32,7%.

No grupo dos hospitais privados não contratados SUS, o maior percentual de trabalhadores de enfermagem encontrava-se no hospital F (55,1%), o qual dispõe de reduzido número de leitos (28); para aqueles hospitais que estabelecem contrato com o SUS, os maiores percentuais de trabalhadores de enfermagem situavam-se nos hospitais G (71,6%) e E (50%). Em 2003, o hospital B encontrava-se em fase de reestruturação, aguardando a liberação por parte do Ministério da Saúde para ser credenciado como hospital universitário; o hospital G oferecia uma série de procedimentos de alta complexidade como transplante renal,

hemodiálise, implante de marca passo e outros, os quais requerem trabalhadores, seja em termos quantitativos, como de qualificação, diferenciados.

Quanto aos hospitais filantrópicos, cabe destacar a distinção que efetuamos em relação ao hospital H (H1 e H2). Neste hospital que conta com 49 leitos, todos conveniados SUS, funciona um serviço ambulatorial terceirizado de hemodiálise (H2), no qual observa-se um percentual elevado de trabalhadores de enfermagem (88%), cujos vínculos empregatícios não se estabelecem com o hospital, mas com uma empresa de prestação de serviços, externa à instituição. Assim, os trabalhadores deste setor fazem parte de uma folha de pagamento independente do hospital H, inclusive com remunerações salariais diferentes.

No conjunto dos hospitais filantrópicos, excluindo o serviço terceirizado (H2), o percentual de trabalhadores de enfermagem variou de 25,5% (hospital H1) a 55,9 % (hospital K). O hospital K oferece serviços de alta complexidade, como terapia intensiva, hemodinâmica e outros, desenvolvendo, portanto, procedimentos que requerem trabalhadores qualificados e em maior quantidade. Os hospitais I (44 leitos) e J (81 leitos) são especializados. O primeiro na área infantil e o segundo em oncologia. Além disso, ambos dispõem, além do setor de internação, de ambulatórios para atendimento. Nestes dois hospitais, o quadro de pessoal de enfermagem é percentualmente inferior quando comparados aos hospitais privados semelhantes em termos de número de leitos, entre eles, o hospital B (42 leitos) e o hospital E (85 leitos).

No âmbito do SUS, a terceirização de serviços está prevista na Constituição Federal, que permite a execução das ações e serviços de saúde, tanto pelo setor público, como mediante contratação de terceiros, inclusive pessoa física ou jurídica de direito privado e remunerado pelos cofres públicos (CHERCHIGLIA, 1999).

No Brasil, são poucos os estudos que tratam sobre o fenômeno da terceirização, o que dificulta uma discussão mais detalhada (GIRARDI; CHERCHIGLIA; ARAÚJO, 2003).

Estes autores, em pesquisa desenvolvida sobre o tema, confirmaram a hipótese de que a terceirização da contratação de trabalho e serviços nos hospitais filantrópicos vem ocorrendo não apenas nos serviços de apoio como de limpeza, vigilância, manutenção, alimentação (tradicionalmente observadas), mas, também, de forma importante, nas áreas da administração/contabilidade e nos serviços profissionais e técnicos de saúde, como, por exemplo, nos serviços de especialistas médicos (anestesiologistas, ortopedistas e mesmo pediatras, cirurgiões e clínicos gerais) e, ainda, nos serviços terapêuticos especializados, entre eles, hemodinâmica e hemodiálise.

Em nosso estudo, em toda rede hospitalar de Uberaba, o índice de terceirização da força de trabalho em enfermagem é reduzido, uma vez que identificamos esse fenômeno apenas no serviço ambulatorial contratado de hemodiálise do hospital filantrópico H (H2). Tal fato ratifica os resultados encontrados nos estudos realizados por Girardi (2002b), Girardi; Cherchiglia; Araujo (2003) e Lima et al. (2004). No primeiro, os autores, em pesquisa telefônica realizada em 3.406 hospitais cobrindo todas as regiões do país, verificaram que somente 1,7% e 1,5% dos hospitais contratavam, respectivamente, enfermeiros e auxiliares de enfermagem via terceiros; na segunda investigação, efetuada junto a 630 hospitais filantrópicos de todo o Brasil, também obtiveram índices baixíssimos de terceirização de profissionais da área de enfermagem; também na pesquisa de Lima et al. (2004), realizada junto a 175 hospitais filantrópicos no país, foi identificado que a terceirização nessas instituições são mais freqüentes nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutica (SADT) e pouco intensa nos serviços médico-assistenciais (onde se localiza a enfermagem) e nos serviços logísticos.

Em relação ao contrato de trabalho, tanto nos hospitais privados como nos filantrópicos, o regime de contrato efetua-se segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A única forma diferenciada de contratação dos trabalhadores ocorre no hospital

universitário (A), uma vez que o Regime Jurídico Único (RJU) aplica-se apenas ao setor público. Nesse hospital, tomando-se o conjunto de todos os trabalhadores (1.476), em média, 71,3% (1.053) pertencem ao RJU e 423 (28,7%) ao regime CLT. Em relação ao pessoal de enfermagem, tem-se que dos 483 trabalhadores, em média, 357 (73,9%) e 126 (26,1%) apresentavam vínculos de RJU e celetistas, respectivamente.

Com a introdução do Regime Jurídico Único (RJU) e o Plano de Carreira para os servidores públicos federais, garantida pela Constituição Federal de 1988, não haveria mais outras formas de contrato nas instituições públicas federais. O grupo de trabalhadores no hospital público (A) sob regime CLT (A2) é explicado em função da existência da fundação de ensino e pesquisa, cujo caráter privado, viabiliza apenas contratações sob essa forma de vínculo de emprego.

Segundo Batista e Cavalcanti (2004), as políticas estabelecidas pelo nível central vêm desestimulando, nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, a abertura de novos quadros e carreiras de pessoal estatutário como parte das medidas de controle com gasto de pessoal.

Girardi e Carvalho (2002a) relatam que entre 1990-1995 ocorre um crescimento positivo do emprego no segmento estatutário (RJU) no mercado de trabalho, com um desempenho francamente negativo do mercado celetista; já no período 1995-2000, começa a ocorrer uma discreta inversão nesse panorama, qual seja, os empregos celetistas, para o pessoal de saúde, passam a apresentar índices de crescimento ligeiramente maiores que aqueles do segmento estatutário. Segundo Nogueira (2002), uma das principais razões para o Governo Federal optar pela relação celetista de seus empregados, como no caso dos trabalhadores do hospital A, que é federal, está centrada na possibilidade que esse vínculo acarreta na diminuição do déficit da previdência dos funcionários públicos e, com isso, redução dos gastos do Estado com recursos humanos. O celetista terá sua aposentadoria

fixada em valores equivalentes aos limites aplicados a todos os trabalhadores do setor privado, que hoje são inferiores àqueles estabelecidos para os estatutários e, neste sentido, caso deseje aumentar o valor de sua aposentadoria deverá recorrer ao sistema complementar de previdência privada. O Executivo Federal tem buscado, de forma explícita, restringir a contratação, via modalidade estatutária, apenas para cargos de diplomacia, controle e supervisão de questões jurídicas e financeiras, as quais são consideradas essenciais de Estado (NOGUEIRA, 2002, p.50).

Estes estudos explicam, em parte, as razões pelas quais a manutenção do quadro de pessoal de enfermagem no hospital público esteja acontecendo pelo regime celetista.

A Figura 2, apresentada a seguir, permite visualizar melhor a diferença na distribuição de pessoal de enfermagem e outros trabalhadores nos 11 hospitais estudados.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG.

Figura 2 - Percentual médio mensal de trabalhadores de enfermagem e de outros trabalhadores empregados nos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.

4.2 Os trabalhadores de enfermagem: caracterização, distribuição e inserção no emprego

A apresentação e discussão dos resultados propriamente ditos da investigação serão realizadas de modo a atender aos objetivos específicos propostos. Assim, em um primeiro momento, descrevemos os recursos humanos de enfermagem na rede hospitalar de Uberaba-MG, caracterizando: a sua composição e distribuição nas diferentes categorias profissionais, segundo sexo e idade; em seguida, aspectos relativos à inserção no emprego, tomando como variáveis: jornada semanal de trabalho, rendimento médio desses trabalhadores (número de salários mínimos) e o tempo médio de trabalho na instituição.

Os dados expostos a seguir referem-se a todos os trabalhadores de enfermagem, que durante o período de investigação, de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2003, apresentaram vínculo de emprego formal com registro no cadastro de empregados e participaram da folha de pagamento (mensal) da rede hospitalar do município de Uberaba.

Na Tabela 3, tem-se a distribuição dos recursos humanos de enfermagem segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Dos 1.368 trabalhadores de enfermagem participantes do estudo, 614 (44,9%) atuavam no hospital público (A), 398 (29,1%) nos hospitais privados e 356 (26%) nos filantrópicos. Portanto, o hospital público absorvia aproximadamente 45% do conjunto de pessoal de enfermagem empregado e os demais (privados e filantrópicos), 55%. No período de 1995 a 2000, na região Sudeste, houve um crescimento do emprego público da ordem de 3% e no emprego privado, de 11%, apontando, portanto, uma predominância de empregos de enfermagem no setor privado (GIRARDI; CARVALHO, 2002b).

Em relação à distribuição por categoria profissional, o maior contingente é de auxiliares de enfermagem: 805 (58,8%), seguido dos técnicos de enfermagem 417 (30,5%) e 146 (10,7%) de enfermeiros.

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem participantes do estudo, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais. Uberaba-MG, 2003.

Natureza jurídica	Código	Categoria Profissional						
		Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Total
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Público	A1	67	17,4	104	27	214	55,6	385
	A2	9	3,9	37	16,2	183	79,9	229
	Subtotal	76	12,4	141	23	397	64,7	614 (100%)
Privado	B	2	4,2	41	85,4	5	10,4	48
	C	8	15,4	1	1,9	43	82,7	52
	D	8	13,8	6	10,3	44	75,9	58
	E	6	9,2	0	0	59	90,8	65
	F	6	8,3	29	40,3	37	51,4	72
	G	7	6,8	65	63,1	31	30,1	103
	Subtotal	37	9,3	142	35,7	219	55	398 (100%)
Filantrópico	H1	2	6,5	4	12,9	25	80,6	31
	H2	3	18,7	10	62,6	3	18,7	16
	I	4	9,8	0	0	37	90,2	41
	J	8	10,2	29	37,2	41	52,6	78
	K	16	8,4	91	47,9	83	43,7	190
	Subtotal	33	9,3	134	37,6	189	53,1	356 (100%)
Total		146	10,7	417	30,5	805	58,8	1.368 (100%)

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG.

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), em maio de 2002, 64% dos inscritos eram auxiliares de enfermagem, 15,3% técnicos de enfermagem e 12,7% enfermeiros, os demais (8%) eram de atendentes e parteiras. Em maio de 2005, essa composição apresenta mudanças importantes: os auxiliares representam 60% dos trabalhadores de enfermagem, os técnicos 24% e, os enfermeiros mantêm-se quase no mesmo patamar, 13,4% (COFEn, 2005). Embora esses percentuais refiram-se aos inscritos no Conselho profissional e não àqueles efetivamente empregados, é possível supor que diante do crescimento contínuo, mesmo moderado, do mercado de trabalho em saúde, estes valores percentuais também possam ser encontrados em relação ao emprego para pessoal de enfermagem no setor. Para Uberaba, no ano de 2003, há semelhança com dados do COFEn (2005) no que se refere aos auxiliares de enfermagem (cerca de 60%), porém, divergem em relação às categorias de técnicos de enfermagem e de enfermeiro. Para técnico, o percentual

observado na rede hospitalar do município é superior (30,5%) e, para enfermeiros, é inferior (10,7%).

Outro fato importante a ser destacado diz respeito aos esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde e entidades de Enfermagem (Associação Brasileira de Enfermagem e COFEn) no sentido de qualificar sua força de trabalho. O Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem, implementado a partir de 2000 em todo o país, formou, aproximadamente, 200.000 auxiliares de enfermagem e, a partir desse movimento, promoveu também a qualificação de técnicos de enfermagem, o que pode explicar o crescimento dessa categoria de trabalhador.

Vieira e Antunes (2004), ao analisarem a evolução da força de trabalho da enfermagem de 1994 a 2002, na cidade mineira de Uberlândia-MG, município localizado próximo a Uberaba, apontam um aumento de 274% de auxiliares de enfermagem, 100% de enfermeiros e 92% de técnicos de enfermagem e, praticamente, extinção de atendentes de enfermagem.

Nas três categorias de hospitais há predomínio dos auxiliares de enfermagem. No hospital público, eles representam 64,7% do total de pessoal de enfermagem; nos hospitais privados, 55% e, nos filantrópicos, 53,1%. Nos hospitais filantrópicos, 37,6% da força de trabalho de enfermagem é constituída de técnicos de enfermagem, nos privados, de 35,7% e, no público, esse grupo corresponde a 23%. A categoria minoritária é de enfermeiros, sendo que, para o total de trabalhadores de enfermagem do hospital público, 12,4% pertencem a esse grupo; nos filantrópicos e nos privados, o percentual de enfermeiros é de 9,3%.

Aproximadamente, 80% dos hospitais mantêm um quadro de enfermagem constituída de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, exceto os hospitais E e I, onde, formalmente, não há técnicos de enfermagem. Durante o processo de coleta de dados, que demandou contato permanente com as chefias de enfermagem dos

hospitais, foi possível identificar, em algumas instituições, como no caso dos hospitais C e E, a existência de 15 técnicos de enfermagem desempenhando atividades pertinentes a essa categoria profissional, porém, contratados como auxiliares de enfermagem. Esta tem sido uma prática bastante comum nos serviços privados de saúde, explicada, talvez, pelo fato de que no real processo de trabalho não existem diferenças no desempenho de atividades entre essas duas categorias de trabalhadores (auxiliar e técnico), como discutido por CHRISTÓFARO; MELO; GUSSI, (2003); PEDUZZI; ANSELMINI (2003). Isto faz com que as instituições empregadoras, por motivos econômicos, optem pela contratação de auxiliares de enfermagem, cuja remuneração é inferior à do técnico de enfermagem.

A maioria dos enfermeiros empregados na rede hospitalar do município, 76 (52,1%), estava alocada no hospital público (A), 37 (25,3%) nos privados e, 33 (22,6%) nos hospitais filantrópicos. Quanto aos 417 técnicos de enfermagem, a distribuição entre as três categorias de hospitais é semelhante, a saber: 141 (33,8%) no hospital público; 142 (34,1%) nos privados e 134 (32,1%) nos filantrópicos. No que diz respeito aos auxiliares de enfermagem, evidencia-se que dos 805 trabalhadores desse grupo, aproximadamente, 50% estava empregado no hospital público, 219 (27,2%) nos hospitais privados e 189 (23,5%) nos filantrópicos.

A seguir, apresentamos a distribuição dos trabalhadores de enfermagem participantes do estudo segundo o sexo. Para o conjunto das três categorias de trabalhadores, 81,8%, eram mulheres. A participação masculina destacou-se entre os técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem nos hospitais privados e filantrópicos (Figuras 3, 4 e 5).

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG.

Figura 3 - Distribuição dos enfermeiros nos hospitais estudados, segundo o sexo. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG.

Figura 4 - Distribuição dos técnicos de enfermagem nos hospitais estudados, segundo o sexo. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 5 - Distribuição dos auxiliares de enfermagem nos hospitais estudados, segundo o sexo. Uberaba-MG, 2003.

Analisando-se cada categoria profissional, identifica-se que no grupo de enfermeiros, a maioria é constituída de mulheres, sendo que, em alguns hospitais privados (B e E) e filantrópicos (H1, I, e J), elas atingem 100% (Figura 3). Quanto aos técnicos de enfermagem há uma participação masculina expressiva no hospital privado (D), 66,7% e, no filantrópico H2, 40% (Figura 4); quanto aos auxiliares de enfermagem, o maior contingente do sexo masculino localiza-se no hospital privado D, nos filantrópicos, H2 e J (Figura 5).

Segundo Leone (1999), a taxa de participação feminina no mercado de trabalho vem aumentando gradativamente, assim como o número de famílias que dependem do trabalho da mulher. Embora no mercado de trabalho brasileiro, a participação feminina tenha intensificado-se a partir da década de 70, em um contexto de expansão da economia devido ao acelerado processo de industrialização, no trabalho da enfermagem, essa participação sempre foi historicamente predominante.

Estudos recentes sobre a participação das mulheres na composição da equipe de enfermagem, realizada na cidade de Uberlândia-MG, apontam um predomínio do trabalho feminino em torno de 80% (VIEIRA; ANTUNES, 2004). A força de trabalho da enfermagem brasileira ainda é, majoritariamente, constituída de mulheres, uma vez que são poucos os homens que fazem a opção por esta carreira (SPINDOLA; SANTOS, 2003).

Os dados da variável idade dos trabalhadores de enfermagem encontram-se na Tabela 4, distribuídos segundo a idade mínima encontrada, percentis 25, 50 (mediana), 75 e idade máxima.

Os enfermeiros do hospital público (A) apresentam idade mediana (37 anos), enquanto nos hospitais privados e filantrópicos, 31 e 28 anos, respectivamente. Ainda no hospital A, observa-se que 50% dos enfermeiros têm idade entre 32 (percentil 25) e 44 anos (percentil 75), nos privados, entre 26 e 37 anos e, nos filantrópicos, entre 25 e 34 anos. Esses

dados apontam que os enfermeiros dos hospitais privados e filantrópicos são mais jovens que aqueles empregados no hospital público.

Tabela 4 - Idade mínima, percentis 25, 50, 75 e idade máxima (em anos) dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.

Natureza jurídica	Código	Categoria Profissional														
		Enfermeiro					Técnico					Auxiliar				
		Idade (anos)														
Mín	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	Máx	Mín	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	Máx	Mín	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	Máx		
Público	A1	24	32	39	45	58	20	30	42	49	62	21	33	41	47	61
	A2	25	26	34	37	54	24	32	40	46	56	21	33	39	44	61
	Subtotal	24	32	37	44	58	20	30	41	48	62	21	33	40	46	61
Privado	B	30	33	36	38	41	20	23	30	41	49	28	38	40	43	55
	C	24	26	28	33	50	44	44	44	44	44	20	28	40	44	54
	D	22	26	36	43	53	18	23	30	44	52	21	28	39	43	55
	E	22	23	26	30	45	0	0	0	0	0	21	29	36	47	57
	F	25	26	27	32	35	18	22	27	33	50	24	37	41	43	58
	G	27	33	37	58	73	18	23	27	38	59	22	39	41	47	58
	Subtotal	22	26	31	37	73	18	23	28	40	59	20	31	40	45	58
Filantrópico	H1	25	29	32	36	39	22	39	41	43	44	21	35	41	49	61
	H2	23	27	30	35	39	29	33	38	45	51	23	32	40	47	54
	I	23	25	25	26	27	0	0	0	0	0	20	30	37	49	62
	J	25	25	28	32	47	19	25	31	39	53	22	29	37	45	55
	K	25	27	30	34	45	18	23	27	38	54	21	30	38	44	61
		Subtotal	23	25	28	34	47	18	24	28	40	54	20	30	38	46

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG.

P = percentis: idade mínima, P₂₅, P₅₀, P₇₅ e idade máxima (anos).

Os técnicos de enfermagem, no hospital público, têm idade mediana de 41 anos, e 50% deles apresentam idade variando entre 30 (percentil 25) e 48 (percentil 75) anos. Nos hospitais privados e filantrópicos, esta mesma categoria apresenta idade mediana bem inferior, 28 anos. Nesses dois segmentos hospitalares, esse grupo de profissionais mostra distribuição semelhante quando se compara os percentis 25 e 75, ou seja, nos privados, 50% têm idade variando entre 23 (percentil 25) e 40 (percentil 75) anos e, nos filantrópicos, entre 24 e 40 anos, nos respectivos percentis. Chama atenção a idade mínima (18 anos) dos técnicos de enfermagem dos hospitais D, F, G e K indicando a inserção quase que imediata de recém-formados desta categoria, nos hospitais de Uberaba. Também, para essa categoria

profissional, verifica-se que os hospitais privados e filantrópicos contam com pessoal mais jovem que o hospital público.

Os auxiliares de enfermagem, tanto do hospital público quanto dos hospitais privados, apresentam idade mediana de 40 anos, enquanto os auxiliares das instituições filantrópicas têm idade mediana de 38 anos. De um modo geral, os auxiliares de enfermagem apresentam semelhanças na distribuição entre os diferentes percentis adotados nas três categorias de hospitais. No público, 50% têm entre 33 (percentil 25) e 46 (percentil 75) anos, nos privados, entre 31 e 45 anos e, nos filantrópicos, entre 30 e 46 anos.

Para o conjunto de hospitais de Uberaba, os dados apontam que auxiliar de enfermagem é a categoria que apresenta idade mais elevada, com exceção do hospital público onde, também, os técnicos de enfermagem têm idade superior à daqueles alocados nos hospitais privados e filantrópicos.

Destaca-se, ainda, em relação à Tabela 4, os valores encontrados no hospital privado B e no filantrópico H1, em ambos havia apenas dois enfermeiros; no H2, três enfermeiros e três auxiliares de enfermagem. O hospital C, em 2003, empregou um único técnico de enfermagem.

A expansão de alguns serviços hospitalares, entre eles os hospitais privados e filantrópicos B, E, F e J, pode estar contribuindo para a inserção de trabalhadores de enfermagem mais jovens no mercado de trabalho, enquanto no hospital público evidencia-se um envelhecimento de seu quadro de pessoal de enfermagem.

Girardi e Carvalho (2002b), em estudo sobre o perfil do mercado de trabalho assalariado das profissões de saúde, assinalam que, entre 1995 e 2000, a idade média dos profissionais não se alterou, a média de idade em 1995 era de 37 anos e em 2000, de 38 anos. Para enfermeiros e auxiliares de enfermagem, a média de idade nesse período variou de 36 para 37 anos. Com exceção dos farmacêuticos, para as demais categorias de trabalhadores da

saúde, a idade média apresenta variação em 2000, de 34 a 42 anos. Segundo os autores, os profissionais de saúde apresentam maior idade média quando comparados com o conjunto dos trabalhadores da economia (35 anos).

Quando se compara esses resultados com aqueles encontrados no presente estudo, verifica-se que para enfermeiros do hospital público eles são semelhantes, 37 anos, enquanto para hospitais privados e filantrópicos, há diferenças, uma vez que, nesta investigação, os enfermeiros desses hospitais são mais jovens, medianas de idade de 31 anos e 28 anos, respectivamente. Essa mesma comparação vale para os auxiliares de enfermagem nos três segmentos hospitalares, onde a mediana de idade é superior àquela identificada por Girardi e Carvalho (2002b).

As Figuras 6, 7 e 8 permitem visualizar a distribuição da força de trabalho estudada em três grupos de faixas etárias, 18|30 anos; 30|50 anos e acima de 50 anos.

No hospital público, a maioria dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem estava concentrada na faixa etária entre 30|50 anos. Nos hospitais privados e filantrópicos, houve predomínio de enfermeiros e técnicos de enfermagem mais jovens. Quanto aos auxiliares de enfermagem, mais de 60% deles nas três categorias de hospitais encontravam-se na faixa etária entre 30|50 anos.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 6 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do hospital público, segundo a faixa etária (anos) e categoria profissional. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 7 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais privados, segundo a faixa etária (anos) e categoria profissional. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 8 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais filantrópicos segundo a faixa etária (anos) e categoria profissional. Uberaba-MG, 2003.

Os dados apresentados a seguir referem-se às variáveis de inserção no emprego.

Quanto à jornada de trabalho semanal, tem-se no hospital público uma distinção entre os trabalhadores sob regime estatutário (A1), que realizam jornada semanal de 40 horas e aqueles regidos pela CLT, que cumprem uma jornada semanal de 36 horas. Nos hospitais privados e filantrópicos, todos os auxiliares e técnicos de enfermagem e uma parcela dos enfermeiros realizam jornadas de trabalho de 36 horas semanais. Destaca-se que somente os enfermeiros dos hospitais E (privado) e H2 (filantrópico terceirizado) apresentam uma jornada de trabalho de 20 horas semanais.

Ao analisarmos o tempo de trabalho dos trabalhadores de enfermagem nas instituições estudadas, observamos na Tabela 5, um percentual expressivo de trabalhadores com menos de cinco anos no emprego atual, ou seja, este percentual abrange 70% de técnicos de enfermagem, 60% de auxiliares de enfermagem e 50% de enfermeiros.

No hospital público, para o conjunto dos enfermeiros, a maioria (55,3%) tem entre 5-10 anos, porém, quando analisados separadamente identificam-se diferenças entre o grupo de enfermeiros estatutários e os celetistas. Aproximadamente, 90% dos enfermeiros celetistas (A2) têm menos de cinco anos de trabalho, o que indica, talvez, maior dificuldade de liberação de vagas para contratação desta categoria por parte do governo federal. Já a maioria dos enfermeiros estatutários (61,2%) atua há mais tempo na instituição, entre cinco e nove anos e 11 meses. Quanto aos técnicos desse hospital, 53,2% têm entre cinco e 19 anos e 11 meses. Os celetistas, 75,7%, têm esse mesmo tempo de trabalho, porém dos estatutários, 69,2% têm menos de dez anos de trabalho. Em relação aos auxiliares de enfermagem, 61,7% trabalham nesse hospital entre um e nove anos e onze meses; esse tempo de atuação é válido, seja para o grupo dos celetistas (73,8%) como para o de estatutários (51,4%).

Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional, tempo de trabalho (anos) e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.

Natureza jurídica	Categoria Profissional														
	Enfermeiro					Técnico					Auxiliar				
	Tempo de trabalho (anos)														
	<1	1-5	5-10	10-20	≥20	<1	1-5	5-10	10-20	≥20	<1	1-5	5-10	10-20	≥20
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Público															
A1	14,9	7,5	61,2	10,4	6	27,9	14,4	26,9	18,3	12,5	26,2	21,5	29,9	17,8	4,6
A2	11,1	77,8	11,1	0	0	0	24,3	45,9	29,8	0	9,3	45,9	27,9	16,9	0
Subtotal	14,5	15,8	55,3	9,2	5,2	20,6	17	31,9	21,3	9,2	18,4	32,7	29	17,4	2,5
Privado															
B	0	100	0	0	0	31,7	65,9	0	0	2,4	0	100	0	0	0
C	50	37,5	12,5	0	0	0	100	0	0	0	2,3	62,8	16,3	18,6	0
D	50	12,5	37,5	0	0	66,7	0	33,3	0	0	31,8	31,8	15,9	18,2	2,3
E	83,3	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	55,9	30,5	1,7	8,5	3,4
F	50	50	0	0	0	69	20,7	6,9	3,4	0	35,1	40,5	16,2	8,1	0
G	0	14,3	57,1	0	28,6	30,8	52,3	12,3	4,6	0	16,1	12,9	41,9	25,8	3,3
Subtotal	43,2	29,7	21,6	0	5,5	40,1	47,9	8,5	2,8	0,7	30,1	37,9	15,5	14,6	1,9
Filantrópico															
H1	50	0	50	0	0	50	50	0	0	0	36	52	8	0	4
H2	33,3	0	66,7	0	0	40	30	30	0	0	33,3	0	66,7	0	0
I	25	75	0	0	0	0	0	0	0	0	21,6	73	5,4	0	0
J	12,5	50	37,5	0	0	62,1	24,1	13,8	0	0	17,1	39	34,1	9,8	0
K	18,8	56,2	25	0	0	31,9	52,7	9,9	4,4	1,1	22,9	32,5	33,7	10,9	0
Subtotal	21,2	48,5	30,3	0	0	39,6	44,8	11,9	3	0,7	23,3	43,9	25,4	6,9	0,5
Total	23,3	26,7	41,1	4,8	4,1	33,3	36,5	17,5	9,1	3,6	22,7	36,8	24,5	14,2	1,9

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

No conjunto dos hospitais privados, há predomínio de enfermeiros (72,9%) com menos de cinco anos de trabalho; no hospital B, 100% têm menos de cinco anos e, no hospital E, 83,3% dos enfermeiros têm menos de um ano de trabalho. Nos hospitais filantrópicos prevalece maior percentual de enfermeiros (69,7%) com menos de cinco anos de trabalho; no serviço terceirizado do hospital H (H2) encontra-se o maior percentual de enfermeiros (66,7%) com tempo entre cinco e nove anos e 11 meses de trabalho. É interessante registrar que, com exceção do hospital G, todos os demais hospitais privados e filantrópicos não têm enfermeiros com mais de dez anos de trabalho.

Nos hospitais privados e filantrópicos, mais de 80% dos técnicos de enfermagem têm menos de cinco anos de trabalho, sendo que nos hospitais D e F, aproximadamente, 70% desse grupo de trabalhadores apresentam menos de um ano de trabalho.

Em relação aos auxiliares de enfermagem, nas instituições privadas e filantrópicas, 68% e 67,2%, respectivamente, têm menos cinco anos de trabalho. No hospital E, cerca de 60% dos auxiliares de enfermagem têm menos de um ano de trabalho.

Nas Figuras 9, 10 e 11, é possível visualizar os dados expostos acerca do tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem, nas respectivas instituições.

O elevado percentual de trabalhadores de enfermagem com menos de um ano de trabalho nas instituições hospitalares de Uberaba indica que talvez, particularmente nos hospitais privados e, em menor proporção no hospital público e nos filantrópicos, esteja ocorrendo uma expansão na oferta de novos postos de trabalho para as categorias profissionais de enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A Tabela 6 apresenta os resultados referentes ao rendimento médio mensal dos trabalhadores de enfermagem convertidos em salários mínimos (SM). Para fins de análise, consideramos o salário mensal bruto dos trabalhadores, que inclui salário base, adicional noturno, horas extras, valor proporcional de férias correspondente a $\frac{1}{3}$ do salário, pró-labore para cargos de chefia e outros benefícios. Não computamos neste estudo o valor correspondente ao 13º salário, visto que em alguns hospitais (C e E) não havia previsão de pagamento integral em 2003.

Excluimos desta análise os rendimentos de 15 trabalhadores de enfermagem vinculados aos hospitais privados e filantrópicos, que, durante o período de estudo, estavam afastados e sob a responsabilidade da Previdência Social. Por outro lado, foram incluídos todos os trabalhadores de enfermagem com regime jurídico único (A1), uma vez que a União continua sendo responsável pelo pagamento dos estatutários, mesmo nas situações de afastamento.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG.

Figura 9 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do hospital público, segundo a categoria profissional e tempo de trabalho (anos). Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG.

Figura 10 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais privados, segundo a categoria profissional e tempo de trabalho (anos). Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG.

Figura 11 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais filantrópicos, segundo a categoria profissional e tempo de trabalho (anos). Uberaba-MG, 2003.

Outro aspecto que merece atenção é a influência do fator tempo de trabalho na questão salarial que supõe-se a relação entre esses dois aspectos seja diretamente proporcional, ou seja, quanto maior o tempo de trabalho do indivíduo maior será o seu salário.

Após estas colocações, na Tabela 6, verifica-se que, na rede hospitalar estudada, 65% dos enfermeiros recebem entre 5l-10 SM; e, 66,2 e 53% dos técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, respectivamente, entre 2l-5 SM.

No hospital público, 71% dos enfermeiros recebem em média de 5l-10 SM, e 21%, em média, acima de dez SM. Distinguindo-se os dois grupos de enfermeiros (estatutário A1 e celetista, A2), há diferenças importantes. Cerca de 90% dos enfermeiros celetistas recebem entre 5l-10 SM; dos estatutários, cerca de 24% recebem acima de dez SM. Sobre esses resultados, cabem algumas considerações, entre elas: 88,9% dos enfermeiros celetistas (A2) têm menos de cinco anos de trabalho na instituição (Tabela 5), o que pode afetar o nível de rendimentos; os enfermeiros estatutários (A1) dispõem de plano de cargos e salários, o qual possibilita melhoria nos salários.

Nos hospitais privados e filantrópicos, cerca de 60% dos enfermeiros encontram-se na faixa salarial de 5l-10 SM. Chama atenção, nesses dois grupos de instituições, os hospitais D (25%), G (28,6%) e J (62,5%), nos quais há enfermeiros com rendimento médio mensal acima de dez SM. Tanto no hospital D como no J, observa-se que 62,5% dos enfermeiros têm menos de cinco anos de trabalho (Tabela 5), o que indica, provavelmente, que essa categoria profissional nestas instituições atinge maiores salários num curto espaço de tempo.

No hospital público, 58,7% dos técnicos de enfermagem estatutários (A1) chegam a atingir a média de rendimentos de 5l-10 SM, enquanto 100% dos celetistas ganham menos de cinco SM.

Tabela 6 – Distribuição dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional, rendimento médio mensal (SM) e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.

Natureza jurídica	Categoria Profissional													
	Enfermeiro				Técnico				Auxiliar					
	Rendimento médio mensal (SM)													
	<2	2l-5	5l-10	≥10	<2	2l-5	5l-10	≥10	S/R	<2	2l-5	5l-10	≥10	S/R
%	%	%	%	%	%	%	%	Nº	%	%	%	%	Nº	
Público														
A1	0	7,5	68,7	23,8	0	41,3	58,7	0	0	1,4	49,1	49,1	0,4	0
A2	0	11,1	88,9	0	0	100	0	0	0	51,4	48,6	0	0	2
Subtotal	0	7,8	71,1	21,1	0	56,7	43,3	0	0	24,3	48,9	26,6	0,2	2
Privado														
B	0	0	100	0	22	78	0	0	0	0	100	0	0	0
C	0	0	100	0	0	100	0	0	0	48,8	51,2	0	0	0
D	0	37,5	37,5	25	40	60	0	0	1	13,6	86,4	0	0	0
E	0	83,3	16,7	0	0	0	0	0	0	65,5	32,8	1,7	0	1
F	0	50	50	0	55,2	44,8	0	0	0	55,6	44,4	0	0	1
G	0	0	71,4	28,6	26,2	72,1	1,6	0	4	21,4	78,6	0	0	3
Subtotal	0	29,7	59,5	10,8	31,4	67,9	0,7	0	5	42,5	57	0,5	0	5
Filantrópico														
H1	0	100	0	0	50	50	0	0	0	76	24	0	0	0
H2	0	66,7	33,3	0	70	30	0	0	0	66,7	33,3	0	0	0
I	0	75	25	0	0	0	0	0	0	59,5	40,5	0	0	0
J	0	0	37,5	62,5	3,6	89,2	3,6	3,6	1	2,4	75,6	22	0	0
K	0	12,5	87,5	0	23,1	75,8	1,1	0	0	30,9	66,7	2,4	0	2
Subtotal	0	27,3	57,6	15,1	23,3	74,4	1,5	0,8	1	36,9	57,2	5,9	0	2
Total	0	17,8	65,1	17,1	18	66,2	15,6	0,2	6	32,2	53	14,7	0,1	9

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG.

Salário mínimo de janeiro a março de 2003: R\$ 200,00

Salário mínimo de abril a dezembro de 2003: R\$ 240,00

S/R = sem registro (excluído dos cálculos percentuais)

Nos hospitais privados e filantrópicos, 67,9% e 74,4%, respectivamente, dos técnicos de enfermagem recebem, em média, entre 2l-5 SM. Destaca-se o hospital F (privado) com 55,2% recebendo menos de dois SM; hospital J (filantrópico) onde, aproximadamente, 90% desse grupo de agentes também se encontram nessa faixa salarial. No caso do hospital H, particularmente no segmento terceirizado (H2), 70% dos técnicos recebem menos de dois SM.

No hospital público, cerca de 49% dos auxiliares de enfermagem, tanto em A1 como em A2, têm média de rendimentos de 2l-5 SM. Por outro lado, nos hospitais privados e filantrópicos, 57% dos auxiliares de enfermagem encontram-se na faixa salarial de 2l-5 SM; entretanto, nos hospitais privados E (65,5%) e F (55,6%) e nos hospitais filantrópicos H1 (76%), H2 (66,7%) e I (59,5%) recebem menos de dois SM. Destaca-se que apenas 0,5% e

5,9% dos auxiliares de enfermagem dos hospitais privado e filantrópicos, respectivamente tem rendimento médio entre cinco e dez SM, enquanto no público 26,6% essa categoria profissional encontra-se nessa faixa de rendimentos.

As Figuras 12, 13 e 14 proporcionam uma visão geral da condição salarial dos recursos humanos de enfermagem nos hospitais estudados. Tanto na instituição pública quanto nos hospitais privados e filantrópicos é evidente o predomínio de enfermeiros com média de rendimentos de 5-10 SM. Entre os técnicos e auxiliares de enfermagem predomina a média de rendimentos de 2-5 SM.

De um modo geral, os trabalhadores do hospital público têm melhor remuneração, provavelmente em função do tempo de trabalho e outros benefícios adquiridos ao longo do tempo. Ainda, para essa variável, calculamos o rendimento mínimo, percentis 25, 50 (mediana), 75 e rendimento máximo em número de salários mínimos.

Conforme a Tabela 7, os enfermeiros do hospital público têm rendimento médio superior aos enfermeiros dos demais hospitais, uma vez que 50% deles têm rendimentos entre 6,5 SM (percentil 25) e 9,6 SM (percentil 75); nos hospitais privados, 50% recebem entre 4,6 e 7,6 SM e, nos filantrópicos, 50% têm rendimentos entre 4,5 e 8,9 SM. Ainda no público, o rendimento dos enfermeiros estatutários (A1) é mais elevado que o dos celetistas (A2).

No grupo dos hospitais privados, evidencia-se, no hospital E, baixos rendimentos para os enfermeiros (50% entre 3,4 e 3,8 SM); já nos filantrópicos, destaca-se o padrão de rendimentos dessa categoria profissional nos hospitais H1 e H2: 50% recebem entre 3,7 e 4,1 SM e 2,9 e 4,7 SM, respectivamente. Os rendimentos mais elevados para enfermeiros de toda a rede hospitalar de Uberaba encontram-se no hospital privado J, onde 50% desses profissionais recebem entre 9,5 (percentil 25) e 14,8 (percentil 75) SM, sendo que 25% dos enfermeiros recebem até 23,9 SM/mês (valor máximo).

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 12 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem do hospital público, segundo o rendimento médio mensal (SM). Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 13 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais privados, segundo o rendimento médio mensal (SM). Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 14 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais filantrópicos, segundo o rendimento médio mensal (SM). Uberaba-MG, 2003.

Tabela 7 - Rendimento médio mínimo, percentis 25, 50, 75 e rendimento médio máximo (em SM) dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.

Natureza jurídica	Categoria Profissional														
	Enfermeiro					Técnico					Auxiliar				
	Rendimento médio (SM)														
Mín	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	Máx	Mín	P ₂₅	P ₃₀	P ₇₅	Máx	Mín	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	Máx	
Público															
A1	4,2	6,7	8,5	9,9	25,7	2,1	3,9	5,9	7,1	9,9	0,3	4	4,9	6,7	14,3
A2	4,4	6,3	6,7	7,7	9,2	2,4	2,6	2,7	2,9	3,8	0	1,8	1,9	2,3	4,2
Subtotal	4,2	6,5	8,3	9,6	25,7	2,1	3,3	4,1	6,9	9,9	0	2	3,6	5,3	14,3
Privado															
B	5,6	5,6	5,7	5,7	5,8	0,6	2,1	2,4	2,8	3,4	2,2	2,3	2,3	2,4	3
C	5,3	6,6	7,2	7,6	9,4	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	1,3	1,7	2	2,3	2,8
D	2,8	4,6	6,6	9,7	15,6	1,1	1,5	2,4	2,5	3,3	1,1	2,2	2,6	3	4,8
E	3,1	3,4	3,6	3,8	6,2	0	0	0	0	0	0,2	1,2	1,6	2,1	5,2
F	4,4	4,5	4,9	5,3	6,5	0,8	1,5	1,8	2	2,6	1	1,7	1,9	2,1	2,9
G	5,8	6,2	8,9	10	14,5	1,4	1,9	2,3	2,7	5,4	1,2	2,1	2,3	2,5	3,4
Subtotal	2,8	4,6	5,9	7,6	15,6	0,6	1,9	2,3	2,6	5,4	0,2	1,6	2,1	2,4	5,2
Filantrópico															
H1	3,5	3,7	3,9	4,1	4,3	1,7	1,9	1,9	2,1	2,3	0,4	1,4	1,5	1,8	1,6
H2	2,5	2,9	3,3	4,7	6,1	1,4	1,6	1,8	2	2,1	1,6	1,7	1,8	2,2	2,5
I	4,4	4,4	4,4	4,6	5,1	0	0	0	0	0	1,3	1,5	1,5	2,2	2,3
J	7,3	9,5	12,8	14,8	23,9	0,5	2,8	3,3	3,9	15	1,2	3,3	3,8	4,8	7,5
K	3,7	5,9	6,1	8,0	9,5	1,4	2	2,2	2,5	5	1	1,9	2,1	2,5	6
Subtotal	2,5	4,5	6,1	8,9	23,9	0,5	2	2,3	2,9	15	0,4	1,5	2,1	2,8	7,5

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG.

P = percentis: rendimento médio mínimo; P₂₅, P₅₀, P₇₅ e máxima (SM).

Salário mínimo de janeiro a março de 2003 (R\$ 200,00) e de abril a dezembro de 2003 (R\$ 240,00).

Tanto no hospital B (privado) como no filantropico H1, há apenas dois enfermeiros atuando, o que explica os valores semelhantes nos diferentes percentis e entre valor mínimo e máximo de rendimentos.

Os técnicos de enfermagem do hospital público são melhor remunerados, 50% apresentam rendimento entre 3,3 (percentil 25) e 6,9 (percentil 75) SM, enquanto 50% dos técnicos das instituições privadas e filantrópicas recebem, respectivamente, entre 1,9 e 2,6 SM e dois e 2,9 SM. Apenas no hospital J os técnicos dispõem de melhor rendimento, 50% entre 2,8 e 3,9 SM, com 25% recebendo até 15 SM (valor máximo).

No hospital C, há apenas um técnico de enfermagem e, por esse motivo, os valores são iguais nos diferentes percentis, valor mínimo e máximo.

No hospital público, os auxiliares de enfermagem apresentam um rendimento mediano de 3,6 SM; no entanto, 25% dos trabalhadores desta categoria chegam a receber até 14,3 SM. Nos hospitais privados e filantrópicos, o rendimento dos auxiliares de enfermagem é semelhante nos três percentis (25, 50 e 75) e o rendimento mediano é de 2,1 SM. Os rendimentos mais baixos, para essa categoria, em toda a rede hospitalar, encontram-se no hospital H1, onde 50 % recebem entre 1,4 e 1,8 SM, enquanto os rendimentos mais elevados são observados no hospital J, onde 50 % recebem entre 3,3 (percentil 25) e 4,8 (percentil 75) SM, com 25% atingindo rendimento de até 7,5 SM. No hospital H2, existiam apenas três auxiliares de enfermagem.

Em relação ao rendimento mediano mínimo dos técnicos e auxiliares de enfermagem, observa-se que muitos deles receberam valores menores ou próximos a um salário mínimo. É possível que estas remunerações correspondam àqueles trabalhadores que não chegaram a completar um mês de trabalho.

Poucos são os estudos direcionados a pesquisar e/ou construir bases de informações consistentes, e metodologicamente semelhantes, acerca do comportamento salarial no mercado de trabalho em saúde. Cabe destacar, porém, o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG); a Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado ligada ao NESCON e, mais recentemente, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), cuja finalidade é a de:

(...) monitorar os fluxos de oferta e demanda da força de trabalho do setor e das ocupações de saúde (formação, empregos e salários); desenvolver estudos, metodologias e indicadores que possibilitem a avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e segurança do trabalho em saúde (produtividade, qualidades dos serviços); acompanhar o processo de mudanças das relações de trabalho e emprego no setor.(.) (BRASIL, 2003, p.15).

Merecem referência as investigações desenvolvidas por Girardi e Carvalho (2002a) e, mais recentemente, a de Girardi e Carvalho (2002b). Na primeira, o autor encontrou, em 1996, que a remuneração média do enfermeiro no país era de 9,9 SM, e o de auxiliares de enfermagem, de 4,6 SM. Para o estado de Minas Gerais, o salário médio de enfermeiros era de 7,7 SM e o de auxiliares, de 3,6 SM; na segunda investigação, em 2000, o salário médio para o conjunto das categorias de trabalhadores da saúde estava em torno de 6,5 SM, sendo que o menor salário correspondia ao pessoal de enfermagem, 3,9 SM. Distinguindo-se esse grupo nas suas categorias profissionais, identificou-se que em 2000, a média salarial dos enfermeiros era de 9,3 SM e a dos auxiliares de enfermagem, de 4,2 SM. Estes resultados evidenciam uma redução no nível salarial dessas categorias ao longo dos últimos anos.

Em nosso estudo, verificamos que, nas três categorias de hospitalares e para as categorias profissionais, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, o rendimento médio encontra-se abaixo daquele identificado pelos estudos acima citados. A mediana de rendimento para enfermeiros é de 8,3 SM no hospital A, 5,9 SM nos hospitais privados e, de 6,1 SM nos filantrópicos; para auxiliares, 3,6 SM no hospital público e de 2,1 SM nos hospitais privados e filantrópicos. Quanto aos técnicos, não encontramos estudos que permitissem comparações.

É importante assinalar que quando se compara a evolução do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* com a do SM real, observa-se que, de 1940 até 2004, o PIB *per capita* apresentou um crescimento de cinco vezes, ao passo que o SM real decresceu a menos de $\frac{1}{3}$ do seu valor inicial. Embora a Constituição de 1988 determine que o salário mínimo seja “fixado em Lei, e (...) capaz de atender as necessidades vitais básicas do trabalhador e de sua família, com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhe preservem o poder aquisitivo...”, esta determinação não é observada na prática. Mensalmente, o DIEESE estima o valor do SM necessário para o sustento de uma família com quatro pessoas (dois adultos e duas crianças)

(DIEESE, 2005). Em março de 2005, esse valor foi quase seis vezes (R\$ 1.477,49) o valor do salário mínimo (R\$ 240,00).

Diante das condições de trabalho a que está submetido o grupo de enfermagem na área hospitalar, entre elas: o rodízio de turnos (manhã, tarde e noite), finais de semana e feriados, a exposição a áreas insalubres, a realização de atividades estressantes (centro de terapia intensiva, pronto socorro e outros), o contato permanente com o sofrimento e a dor, é questionável e pouco aceitável que, particularmente, técnicos e auxiliares de enfermagem que, efetivamente, desenvolvem o cuidado aos pacientes, apresentem níveis de remuneração tão baixos e, em algumas instituições, de apenas um salário mínimo.

4.3 A rotatividade no trabalho de enfermagem hospitalar

A mensuração, análise e descrição da rotatividade dos trabalhadores de enfermagem, apresentadas a seguir, tomaram por referência os estudos realizados por Anselmi (1993); Anselmi; Angerami; Gomes (1997). A partir das informações que foram obtidas através da consulta às folhas de pagamento e cadastro de empregados das instituições hospitalares de Uberaba, identificamos todos os trabalhadores de enfermagem que, entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2003, apresentaram vínculo de emprego formal, ou seja, ingressaram, desligaram-se e aqueles que permaneceram em atividade nos hospitais estudados.

Na Tabela 8, apresenta-se o quantitativo de pessoal de enfermagem no início e final do período de estudo e o incremento numérico para cada uma das categorias profissionais em cada hospital.

Ao final do período de estudo (31/12/2003), observa-se que houve um incremento de 51 novos postos de trabalho para a área de enfermagem, sendo que as instituições filantrópicas contribuíram de forma marcante, uma vez que neste segmento foram ampliados

35 (68,6%) novos postos de trabalho, seguidos do hospital público, com dez (19,6%) e dos privados com seis (11,7%) postos.

Tabela 8 - Quantitativo de trabalhadores de enfermagem em 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2003 e incremento/decréscimo numérico no período, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.

Natureza jurídica	Categoria Profissional											
	Enfermeiro			Técnico			Auxiliar			Total		
	01/01	31/12	Δ	01/01	31/12	Δ	01/01	31/12	Δ	01/01	31/12	Δ
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Público												
A1	57	66	9	75	103	28	158	211	53	290	380	90
A2	9	3	-6	37	28	-9	174	109	-65	220	140	-80
Subtotal	66	69	3	112	131	19	332	320	-12	510	520	10
Privado												
B	2	2	0	31	33	2	5	5	0	38	40	2
C	6	5	-1	1	1	0	43	29	-14	50	35	-15
D	4	5	1	2	6	4	31	29	-2	37	40	3
E	2	4	2	0	0	0	25	41	16	27	45	18
F	4	4	0	11	16	5	28	22	-6	43	42	-1
G	7	6	-1	47	49	2	27	25	-2	81	80	-1
Subtotal	25	26	1	92	105	13	159	151	-8	276	282	6
Filantropico												
H1	1	2	1	2	2	0	4	10	6	7	14	7
H2	2	3	1	6	10	4	12	15	3	20	28	8
I	3	3	0	0	0	0	29	31	2	32	34	2
J	7	7	0	11	25	14	34	33	-1	52	65	13
K	14	12	-2	65	73	8	65	64	-1	144	149	5
Subtotal	27	27	0	84	110	26	144	153	9	255	290	35
Total	118	122	4	288	346	58	635	624	-11	1.041	1.092	51

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

No cômputo geral, no hospital público, houve apenas criação de dez postos de trabalho para a categoria de enfermagem. Há que se considerar as características dessa instituição, entre elas, o elevado nível de complexidade dos casos assistidos nos hospitais universitários, as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas e o grau de especialização de suas ações, os quais acabam demandando recursos humanos tanto em termos quantitativos como de qualificação profissional.

Os enfermeiros ampliaram sua participação na rede hospitalar com apenas quatro novos postos de trabalho, sendo três no hospital A e um no grupo dos hospitais privados.

A maior expansão ocorreu com os técnicos de enfermagem (58 postos), dos quais, 26 (44,8%) nos hospitais filantrópicos, 19 (32,8%) no público e 13 (22,4%) nos privados. Somente no hospital público houve a criação de mais 28 empregos de estatutários (A1), ainda que $\frac{1}{3}$ destas vagas possam ter ocorrido em substituição aos celetistas (A2), uma vez que, neste segmento, houve redução de nove postos de trabalho. No grupo dos hospitais filantrópicos J (14) e K (oito), observa-se, também, ampliação significativa de técnicos de enfermagem evidenciando que estes hospitais melhoraram a qualificação de seu quadro de pessoal.

De forma inversa, os auxiliares de enfermagem perderam, no total, 11 postos de trabalho. No hospital público, foram reduzidos 12 postos e no grupo dos privados, oito. A redução pode ser explicada, com a devida cautela, em função do crescimento verificado na categoria dos técnicos de enfermagem.

No que diz respeito ao hospital A, é possível supor que houve migração de auxiliares sob regime celetista (A1), no qual foram suprimidos 65 postos, para o regime estatutário (A2) que apresentou ampliação de 53 auxiliares. Nos hospitais privados, apenas o B manteve o mesmo quadro e o E ampliou em 16; nos demais hospitais, houve redução no quantitativo de auxiliares, particularmente no C (-14); a diminuição foi importante nesse grupo profissional, provavelmente relacionada à abertura de novas contratações no setor público. Apenas nos hospitais filantrópicos, essa categoria de trabalhador apresentou crescimento, nove postos de trabalho.

Os dados apresentados até o momento indicam melhora do mercado de trabalho hospitalar para a área de enfermagem em Uberaba, principalmente para os técnicos. A abertura de novos postos de trabalho no hospital público pode representar maior estabilidade no emprego e melhores salários, bem como traduzir o cumprimento de uma série de exigências estabelecidas pela Vigilância Sanitária, em relação ao número mínimo de

trabalhadores qualificados em cada área hospitalar, segundo a complexidade do cuidado demandado pelo usuário atendido.

Com base na Tabela 9, foi possível identificar a geração de novos postos de trabalho para enfermagem na área hospitalar de Uberaba. Para efetuar a análise da rotatividade de trabalhadores de enfermagem nesse setor do mercado de trabalho em saúde, durante 2003, buscou-se, inicialmente, identificar dois movimentos: o de admissão (ingresso) e o de saída (desligamento). Estas informações possibilitam uma primeira aproximação à questão do volume de rotatividade ocorrido em um determinado período de tempo e em determinado setor de produção, no caso, o setor hospitalar. Estas informações estão dispostas na Tabela 9.

Nos hospitais estudados ocorreram 327 admissões e 276 demissões. Do total de admissões, os hospitais privados foram aqueles que mais contrataram 122 (37,3%), seguido do público, 104 (31,8%) e dos filantrópicos, 101 (30,9%). Quanto às demissões, estas aconteceram em maior volume nos hospitais privados 116 (42%), em seguida, no público, 94 (34,1%) e, por fim, nos filantrópicos, 66 (23,9%).

Tomando cada categoria de trabalhador para o total de admissões (327), 28 (8,6%) foram de enfermeiros, 129 (39,4%) de técnicos de enfermagem e 170 (52%) de auxiliares de enfermagem. Dos desligamentos (276), 24 (8,7%) foram de enfermeiros, 71 (25,7%) de técnicos e 181 (65,6%) de auxiliares de enfermagem. Esses dados apontam que houve maior quantidade de demissões que admissões na categoria dos auxiliares de enfermagem, o que significa que postos vacantes desse profissional, ao final do período, não foram preenchidos. Entretanto, observa-se, admissão expressiva no grupo dos técnicos de enfermagem (129), sendo possível supor que estes tenham sido contratados para as vagas deixadas pelos auxiliares.

No hospital público, a liberação de 95 vagas de estatutários pelo governo federal para a área de enfermagem provocou uma intensa movimentação entre os trabalhadores

celetistas. A contratação de 85 trabalhadores estatutários, sendo 56 auxiliares e 29 técnicos de enfermagem, implicou em 77 desligamentos de auxiliares de enfermagem celetistas (A2). Estes dados evidenciam uma possível substituição de auxiliares pelos técnicos de enfermagem e ampliação do quadro de enfermagem com trabalhadores mais qualificados.

Tabela 9 - Admissões (A) e Desligamentos (D) de trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.

Natureza Jurídica	Categoria Profissional							
	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Total	
	A	D	A	D	A	D	A	D
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Público								
A1	10	1	29	1	56	3	95	5
A2	0	6	0	9	9	74	9	89
Subtotal	10	7	29	10	65	77	104	94
							(31,8%)	(34,1%)
Privado								
B	0	0	10	8	0	0	10	8
C	2	3	0	0	0	14	2	17
D	4	3	4	0	13	15	21	18
E	4	2	0	0	34	18	38	20
F	2	2	18	13	9	15	29	30
G	0	1	18	16	4	6	22	23
Subtotal	12	11	50	37	60	68	122	116
							(37,3%)	(42%)
Filantropico								
H1	1	0	2	2	9	3	12	5
H2	1	0	4	0	3	0	8	0
I	1	1	0	0	8	6	9	7
J	1	1	18	4	7	8	26	13
K	2	4	26	18	18	19	46	41
Subtotal	6	6	50	24	45	36	101	66
							(30,9%)	(23,9%)
Total	28	24	129	71	170	181	327	276
	(8,6%)	(8,7%)	(39,4%)	(25,7%)	(52%)	(65,6%)	(100%)	(100%)

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

No conjunto dos hospitais privados, chama atenção o número de desligamentos (68) de auxiliares de enfermagem superior ao de admissões (60), a quantidade de contratações de técnicos (50) e o equilíbrio entre admissões (12) e demissões (11) de enfermeiros. Merece destaque o hospital C, no qual não se constatou qualquer admissão, seja para auxiliar de enfermagem, como para técnico de enfermagem, ao mesmo tempo em que houve 14 demissões de auxiliares, apontando para um comprometimento do quadro de recursos

humanos de enfermagem nessa instituição. Também nos hospitais F e G, as demissões de auxiliares superam as admissões.

Nos filantrópicos, para enfermeiros, as admissões e desligamentos ocorreram em patamares iguais (seis); para os técnicos, as admissões representam quase o dobro (50) das demissões (24), com destaque para os hospitais J e K. Para auxiliares, diversamente do que ocorreu nas demais categorias de hospitais, as admissões (45) superaram os desligamentos (36), com exceção dos hospitais J e K.

Em síntese, como primeira avaliação da movimentação de trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Uberaba-MG, de modo geral, o número de admissões foi superior ao de demissões. Em relação às distintas categorias de profissionais, os desligamentos superaram as admissões no grupo dos auxiliares de enfermagem, enquanto o inverso (admissão > demissão) ocorreu com os técnicos de enfermagem, seguido dos enfermeiros. Há indicativos que os postos vagos de auxiliares foram preenchidos, em parte, por técnicos de enfermagem, o que contribuiu para qualificar melhor o quadro de pessoal de enfermagem da rede hospitalar. Entretanto, nas instituições onde se constata um número de demissões maior que de admissões, apontando para a não reposição das vagas, deve-se considerar que a força de trabalho em atividade pode estar submetida a uma sobrecarga de trabalho, a qual compromete a qualidade da assistência prestada à clientela.

Os resultados obtidos na mensuração da rotatividade, por meio de indicadores globais e específicos (ELY, 1979; DUXBURY; ARMSTRONG, 1982; TANABE, 1985; ANSELM, 1988, 1993; ANSELM; ANGERAMI; GOMES, 1997), será apresentada a seguir.

A – Taxas de Admissão (TA) e de Desligamento (TD)

Na Tabela 10, têm-se as Taxas de Admissão (TA) e de Desligamento (TD) segundo categoria profissional e hospital.

No contexto geral das instituições estudadas, os trabalhadores de enfermagem apresentam taxas de admissão superior (31%) às de desligamento (26,1%). Os hospitais privados foram aqueles que mostraram maiores taxas, em torno de 40%, sendo TA de 44,3% e TD 42,1%; no grupo das instituições filantrópicas, TA foi de 36,8% e TD de 24%. As menores taxas de admissão e de desligamento localizam-se no hospital público, 20,5% e 18,6%, respectivamente.

Ainda em relação aos hospitais, identificam-se taxas de desligamento superiores às de admissão no público, para o grupo dos celetistas (49,2%) e, nos privados, C (39,8%), F (71,3%) e G (29,5%).

Anselmi (1993, p.115), com base na literatura consultada, relata que *taxas de desligamento superiores a 30% indicam níveis de rotatividade pouco aceitáveis. Quando esses valores chegam a 50% provocarão custos elevados no que se refere ao processo de reposição de trabalhadores e, possivelmente estarão comprometendo a produtividade.* Lima et al (2004) consideram rotatividade elevada acima de 10%. Os autores, em um grupo de 63 hospitais filantrópicos estudados, verificaram que apenas 40,6% apresentaram rotatividade inferior a 10%. Assim, pode-se considerar que na rede hospitalar de Uberaba, de modo geral, em 2003, a rotatividade de trabalhadores de enfermagem foi elevada.

Tomando-se cada categoria profissional para o conjunto dos hospitais, observa-se taxas de admissão inferiores a 30% para os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem, enquanto os técnicos apresentam TA de 41,3%; em relação à TD, para todas as categorias, as taxas estão abaixo de 30%. Esses resultados, em um primeiro momento, considerando os

autores acima, poderiam evidenciar baixa rotatividade desses trabalhadores ou, melhor, dentro de parâmetros aceitáveis. Entretanto, quando se efetua uma análise mais detalhada de cada categoria em cada grupo de hospitais, a rotatividade se modifica, como apresentado a seguir.

Tabela 10 - Taxas de Admissão (TA) e de Desligamento (TD) dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.

Natureza jurídica	Código	Categoria Profissional							
		Enfermeiro		Técnico		Auxiliar		Geral	
		TA	TD	TA	TD	TA	TD	TA	TD
		%	%	%	%	%	%	%	%
Público	A1	16,5	1,7	33,6	1,2	31,4	1,7	29,2	1,5
	A2	0	107,5	0	27,3	6,3	52,1	5	49,2
	Subtotal	15,1	10,6	24,3	8,4	20,3	24	20,5	18,6
Privado	B	0	0	31	24,8	0	0	25,5	20,4
	C	38,1	57,1	0	0	0	38,4	4,7	39,8
	D	85,7	64,3	102,1	0	41,2	47,5	52,3	44,8
	E	111,6	55,8	0	0	114,3	60,5	114	60
	F	53,3	53,3	124,9	90,2	37,6	62,7	68,9	71,3
	G	0	16,4	39,2	34,8	15,4	23,1	28,2	29,5
	Subtotal	47,4	43,4	51,3	37,9	38,3	44,5	44,3	42,1
Filantrópico	H1	85,7	0	88,9	88,9	99,1	33	96	40
	H2	46,2	0	53,3	0	24,3	0	36,4	0
	I	34,3	34,5	0	0	26,6	19,9	27,3	21,2
	J	14,3	14,3	96,4	21,4	20,1	23	43	21,5
	K	15,4	30,8	38,7	26,8	27,2	28,7	31,4	28
	Subtotal	22,9	22,9	52,3	25,1	29,5	23,5	36,8	24
Total		23,8	20,4	41,3	22,7	27,2	28,9	31	26,1

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Taxa de admissão (TA)	Taxa de desligamento (TD)	Onde:
$TA = 100 \times \frac{A}{M}$	$TD = 100 \times \frac{D}{M}$	A = n° de admissões no ano de 2003 D = n° de desligamentos no ano de 2003 M = n° médio de trabalhadores no ano 2003

Analisando em cada segmento hospitalar, as diferentes categorias profissionais, observa-se, no hospital público, uma elevada TD (107,5%) no grupo dos enfermeiros celetistas. Porém, considerando que nesse período o hospital efetuou concurso público para contratação de servidores estatutários, é possível que estes enfermeiros tenham migrado para o Regime Jurídico Único, no qual identifica-se uma TA de 16,5%. Os técnicos de

enfermagem nesse hospital mostram, no segmento dos estatutários, taxa de admissão elevada (33,6%) e baixa taxa de demissão (1,2%), enquanto o inverso é observado no grupo dos celetistas, com TD de 27,3%. Novamente, pode-se pensar que este último grupo migrou para o contrato de RJU. Em relação aos auxiliares de enfermagem, a alta taxa de demissão (52,1%) dos celetistas é acompanhada de taxa elevada de admissão de estatutários (31,4%), o que parece repetir o que ocorreu com os técnicos. Para o conjunto dos auxiliares verifica-se ainda TD (24%) maior que TA (20,3%).

Nos hospitais privados, em todas as categorias profissionais, TA e TD são elevadas. Os auxiliares de enfermagem tiveram TD (44,5%) superior à TA (39,3%). Para enfermeiros, taxas altas de admissão são encontradas nos hospitais D (85,7%), E (111,6%) e F (53,3%); para técnicos de enfermagem, nos hospitais D (102,1%) e F (124,9%); para auxiliares de enfermagem, as taxas de admissão mais elevadas estão localizadas nos hospitais D (41,2%) e no E (114,3%). As taxas de desligamento dos enfermeiros nos hospitais C, D, E e F encontram-se acima de 53%, portanto, consideravelmente elevadas. Para os técnicos, o hospital F mostra TD de 90,2%; e para auxiliares, as maiores TD são dos hospitais D, E e F.

No grupo dos hospitais filantrópicos, as taxas de admissão mais elevadas para enfermeiros estão em H1(85,7%) e H2 (46,2%); para técnicos de enfermagem, em H1 (88,9%), H2 (53,3%) e J (96,4%); para auxiliares, em H1 (99,1%). Quanto às taxas de desligamento, merecem destaque aquelas encontradas no hospital H1 para técnicos de enfermagem (88,9%).

O estudo de Anselmi; Angerami; Gomes (1997) em um hospital público obteve, para enfermeiros, TA de 19,2% e TD de 13,3%; para técnicos, TA de 1,7%, TD de 3,4% e, para auxiliares de enfermagem, TA de 8,5% e TD de 5,1%, portanto, inferiores àquelas encontradas nesta pesquisa.

Estudo mais recente como o de Nomura (2001), que utilizou as mesmas equações para avaliar as taxas de rotatividade do pessoal de enfermagem num hospital universitário do município de São Paulo, durante o período de 1997 a 2000, encontrou variações nas taxas de desligamento entre os enfermeiros de 8 a 15,2%; técnicos de enfermagem, de 2,3 a 19% e, auxiliares de enfermagem, de 5,8 a 13,7%. Particularmente, no ano de 2000, a autora encontrou, para enfermeiros, TA de 11% e TD de 10,5%, taxas semelhantes às aquelas verificadas no hospital público de Uberaba em 2003 para essa categoria profissional; para técnicos, a TA foi de 2,4% e TD de 9,6%; para auxiliares, TA de 7% e TD 5,8%, apontando uma rotatividade muito baixa para esses dois grupos de trabalhadores, o que não ocorreu no hospital público estudado, onde as taxas foram mais elevadas (Tabela 10).

Ao buscar na literatura internacional subsídios para respaldar as nossas discussões, a revisão bibliográfica, realizada por Tai; Bame; Robinson (1998), destaca variações na taxa de rotatividade entre os trabalhadores de enfermagem. Na década de 70, todos os estudos foram realizados no Estados Unidos e apontam uma variação da taxa de rotatividade de 10% a 145%. Na década de 80, período em que há maior concentração de artigos, embora prevaleça o predomínio de estudos realizados nos Estados Unidos, com inclusão de alguns países como Canadá e Inglaterra, as taxas de rotatividade apresentam-se mais elevadas, de 4 a 200%. Já os estudos realizados na década de 90 apresentam variações menores na taxa de rotatividade, de 4 a 27%.

As comparações entre os estudos desenvolvidos sobre a rotatividade, nacionais e internacionais, devem ser realizadas com cautela, em razão das diferenças nos contextos institucionais, políticos, econômicos, sociais e tecnológicos onde foram realizados. No Brasil, nos anos 90 e, ao longo desta década, inúmeras transformações aconteceram no campo das políticas públicas, econômicas e sociais, as quais vêm determinando mudanças no mundo do trabalho, na reorganização do sistema de saúde, na qualificação profissional que, sem dúvida,

repercutem na dinâmica de funcionamento do mercado de trabalho em saúde e, por consequência, na movimentação/rotatividade dos trabalhadores de enfermagem.

B – Taxa Líquida de Substituição (TLS)

Este indicador representa a substituição média percentual de trabalhadores dentro de um determinado período, em nosso estudo, de um ano. O numerador é constituído pela parcela de indivíduos que foram admitidos durante o ano e permaneceram empregados até o final do período, ou seja, apresentam menos de um ano de trabalho na instituição, e o denominador compõe-se do número de trabalhadores empregados no final do período. O resultado obtido nessa equação é multiplicado por cem. Com esta equação corrige-se algumas distorções verificadas nas demais taxas apresentadas (TA e TD), pois, elimina-se a contagem de reposição sucessiva de trabalhadores para cada vaga deixada por aqueles que se desligaram do emprego. As admissões são contadas uma única vez, pressupondo-se que estas tenham ocorrido para substituição de trabalhadores demitentes durante o período de estudo, não se considerando, portanto, a ampliação no quadro de pessoal (TANABE, 1985; ANSELMINI, 1988, 1993).

No conjunto dos trabalhadores de enfermagem, a TLS foi de 24,3%. O maior nível de TLS concentra-se no grupo dos hospitais privados (30,7%), seguidos dos filantrópicos (28,3%) e o menor percentual encontra-se no hospital público (18,3%), como pode ser observado na Tabela 11.

Quando se considera cada categoria de trabalhador, os técnicos de enfermagem têm TLS (32,1%) superior aos auxiliares (20,5%) e aos enfermeiros (21,3%). No hospital público, todas as categorias profissionais apresentam as menores taxas de substituição, enfermeiro 14,5%, técnico 22,1% e auxiliar, 17,5%, quando comparadas aos trabalhadores dos hospitais

privados e filantrópicos. Entretanto, se considerarmos o estudo de Nomura (2001) em um hospital universitário, no período de 1997 a 2000, que identificou, particularmente no ano de 2000, TLS para enfermeiros de 9,8%, para técnicos de enfermagem de 2,5% e para auxiliares de enfermagem de 6,5%, as taxas líquidas de substituição, verificadas no hospital público de Uberaba, em todas as categorias de trabalhadores de enfermagem, são elevadas.

Tabela 11 - Taxa líquida de substituição (TLS) dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba, 2003.

Natureza jurídica	Código	Taxa Líquida de Substituição (TLS)			
		Categoria Profissional			Total
		Enfermeiro	Técnico	Auxiliar	
		%	%	%	%
Público	A1	15,2	28,2	26,5	25
	A2	0	0	0	0
	Subtotal	14,5	22,1	17,5	18,3
Privado	B	0	30,3	0	25
	C	40	0	0	5,7
	D	60	66,7	20,7	32,5
	E	75	0	63,4	64,4
	F	50	62,5	18,2	38,1
	G	0	30,6	12	22,5
	Subtotal	38,5	37,4	25,8	30,7
Filantrópico	H1	50	0	60	50
	H2	33,3	40	20	28,6
	I	33,3	0	19,4	20,6
	J	14,3	64	15,2	33,8
	K	16,7	31,5	20,3	26,8
	Subtotal	22,2	39,1	21,6	28,3
Total		21,3	32,1	20,5	24,3

Fonte: Cadastro de empregados e folha de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Taxa líquida de substituição	Onde:
$TIS = 100 \times \frac{(L_{<1})}{L_f}$	$L_{<1}$ = número de trabalhadores de enfermagem com menos de um ano de serviço no final do ano de 2003 L_f = número total de trabalhadores de enfermagem no final do ano de 2003

As taxas mais altas para enfermeiros e auxiliares situam-se no grupo dos hospitais privados, 38,5% e 25,8%, respectivamente. Já os técnicos dos hospitais filantrópicos exibem as maiores taxas (39,1%).

Nos hospitais privados, o hospital E merece ser destacado, uma vez que as taxas encontradas para enfermeiros e auxiliares, 75% e 63,4% respectivamente, podem ser consideradas bastante elevadas e indicam que, majoritariamente, seu quadro de pessoal de enfermagem é composto por trabalhadores com pouco tempo de serviço, o que, de certa forma, pode comprometer a assistência. Este fato ocorre também no hospital D, com técnicos (66,7%) e enfermeiros (60%) e com técnicos no hospital F (62,5%).

Nos hospitais filantrópicos, o H1 é aquele que mostra taxas mais elevadas para enfermeiros (50%) e auxiliares (60%).

A obtenção de altos níveis de TLS podem apontar para uma substituição mais intensa de trabalhadores de enfermagem, caracterizando uma alta rotatividade; por outro lado, taxas mais baixas podem indicar menor movimentação de trabalhadores, ou ainda, de um grande volume de admissões; apenas um quantitativo reduzido permaneceu empregado até o final do período estudado.

B – Permanência Média no Emprego (P), em anos

Diante de todo o contexto apresentado até o momento, o indicador Permanência Média no Emprego (P) fornece informações sobre o número de períodos (P-anos) necessários para a renovação do quadro de enfermagem das instituições estudadas. Para o cálculo deste índice, tomamos como numerador o total de empregos existentes ao final de 2003 e, no denominador, a média de admissões e desligamentos ocorridos no período em questão.

Ainda que este dado permita identificar, mantidas as condições atuais relativas ao quantitativo de admissões, de desligamento e de pessoal empregado, o número de anos necessário para renovar todo o quadro de pessoal, é importante salientar que alguns autores (Tanabe, 1985; Anselmi, 1993) recomendam sua utilização com cautela, uma vez que as

condições referidas acima estão continuamente submetidas às mudanças da dinâmica do mercado de trabalho, da organização dos serviços e das políticas públicas de emprego.

Segundo os dados da Tabela 12, o quadro de pessoal de enfermagem na rede hospitalar de Uberaba-MG seria totalmente renovado em 3,6 anos. No hospital público, dentre 5,3 anos, haveria substituição de todos os trabalhadores de enfermagem, enquanto no conjunto de hospitais privados, a renovação desses trabalhadores aconteceria em média, após 2,4 anos, e nos filantrópicos em 3,5 anos.

Em relação às diferentes categorias profissionais, tomando-se o hospital público, a substituição total dos enfermeiros estatutários empregados levaria 12 anos para acontecer; para os auxiliares, 7,2 anos e para os técnicos de enfermagem, 6,9 anos. Assim, os profissionais de enfermagem nesse hospital apresentam uma maior estabilidade que nas demais instituições estudadas.

No conjunto dos hospitais privados, observa-se uma permanência média de pessoal de enfermagem em torno de dois anos. Quando considerados separadamente, o hospital G mostra que levaria 12 anos para renovar seu quadro de enfermeiros e, cinco anos, o de auxiliar de enfermagem, evidenciado, portanto, uma alta estabilidade de sua força de trabalho. Já os hospitais E e F apresentam uma baixa permanência média para todas as categorias de trabalhadores de enfermagem, ou seja, entre um e dois anos, o quadro seria totalmente renovado.

No grupo dos hospitais filantrópicos, a permanência média do grupo de enfermagem está entre três e cinco anos. O hospital H2 exibe média de permanência relativamente alta em todas as categorias: enfermeiro, seis anos, técnico de enfermagem, cinco anos e auxiliar de enfermagem, dez anos. O quadro de pessoal de enfermagem seria totalmente substituído no prazo de sete anos.

Tabela 12 - Permanência média no emprego (em anos) dos trabalhadores de enfermagem, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.

Natureza jurídica	Código	Permanência Média no Emprego (anos)			
		Categoria Profissional			
		Enfermeiro	Técnico	Auxiliar	Total
Público	A1	12	6,9	7,2	7,6
	A2	1	6,2	2,6	2,9
	Subtotal	8,1	6,7	4,5	5,3
Privado	B	0	3,7	0	4,4
	C	2	0	4,1	3,6
	D	1,4	3	2,1	2,1
	E	1,3	0	1,6	1,6
	F	2	1	1,8	1,4
	G	12	2,9	5	3,6
	Subtotal	2,3	2,4	2,4	2,4
Filantrópico	H1	4	1	1,7	1,6
	H2	6	5	10	7
	I	3	0	4,4	4,3
	J	7	2,3	4,4	3,3
	K	4,3	3,3	3,5	3,4
	Subtotal	5,1	3	3,8	3,5
Total		4,7	3,5	3,6	3,6

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Permanência média no emprego	Onde:
$P = \frac{N}{(A+D)} \times \frac{1}{2}$	P = número de empregados na unidade em 31/12/2003 A = número de admissões em 2003 D = número de desligamentos em 2003

À medida que a permanência média é baixa, a renovação do quadro de trabalhadores ocorrerá em curto período de tempo, assinalando, portanto, a existência de uma menor estabilidade no emprego. Os resultados desse indicador mostram que a força de trabalho em enfermagem é mais estável no setor público, seguido do filantrópico e aquela menos estável situa-se nos hospitais privados.

As Figuras 15, 16 e 17 proporcionam uma visão geral da permanência média no emprego (em anos) dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais de Uberaba.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 15 - Permanência média no emprego (em anos) dos trabalhadores de enfermagem do hospital público, segundo o regime de contrato de trabalho e categoria profissional. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 16 - Permanência média no emprego (em anos) dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais privados, segundo a categoria profissional. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 17 - Permanência média no emprego (em anos) dos trabalhadores de enfermagem dos hospitais filantrópicos, segundo a categoria profissional. Uberaba-MG, 2003.

Os resultados obtidos por Nomura (2001) para o ano de 1999, apontam que a renovação total do quadro de enfermeiros aconteceria no prazo de 17,2 anos; o de técnicos de enfermagem, em 86 anos e aqueles de auxiliares de enfermagem, em 13,9 anos. A equipe toda seria substituída na sua totalidade em 15,7 anos. Esses resultados, particularmente, dos técnicos, pode ser explicado pela ausência de admissões na categoria, e apenas um desligamento.

Comparando esses resultados com aqueles encontrados no hospital público de Uberaba-MG, pode-se considerar que nessa instituição, para as três categorias profissionais, a estabilidade no emprego é mais baixa.

C – Mediana de Tempo de Serviço dos Demitentes (em meses)

O tempo mediano de serviço dos demitentes foi calculado para cada categoria profissional, em cada hospital estudado, e representado em meses. Esse indicador permite identificar o tempo no qual 50% dos demitentes deixaram o emprego, enquanto a outra metade continuou em serviço. O tempo mediano é também denominado de “tempo típico de trabalho” de um grupo de pessoas que se desligou de uma determinada instituição. Uma mediana de tempo de serviço baixo pode representar uma alta rotatividade e indicar que ela está ocorrendo, sobretudo, no grupo de trabalhadores com pouco tempo de trabalho. Uma mediana elevada significa que a rotatividade acontece, predominantemente, com trabalhadores com maior tempo de serviço (ANSELMÍ; ANGERAMI; GOMES, 1997).

Pela Tabela 13, tem-se que o tempo mediano de serviço dos 276 trabalhadores de enfermagem que se desligaram no ano de 2003 foi de 19 meses. Os demitentes do hospital público são aqueles que apresentam maior tempo mediano de serviço, 37 meses, ou dois anos e 11 meses, seguidos dos demitentes dos hospitais filantrópicos, com 19 meses (um ano e sete

meses). O menor tempo mediano está localizado nos hospitais privados, onde os demitentes permaneceram trabalhando apenas 13 meses (um ano e um mês).

No hospital público, entre as três categorias de trabalhadores, os técnicos demitentes são os que apresentam maior tempo mediano de trabalho, 68 meses (cinco anos e oito meses). Discriminando por regime de trabalho, os técnicos estatutários, ao se desligarem da instituição, possuíam um tempo mediano de trabalho de 242 meses (20 anos e dois meses) e os celetistas, 60 meses (cinco anos); os enfermeiros e auxiliares estatutários demitentes também exibem tempo mediano elevado, 209 meses (17 anos e cinco meses) e 107 meses (oito anos e 11 meses), respectivamente.

Tabela 13 - Mediana de tempo de serviço (em meses) dos trabalhadores de enfermagem demitentes, segundo a categoria profissional e natureza jurídica dos hospitais estudados. Uberaba-MG, 2003.

Natureza jurídica	Código	Mediana de Tempo de Serviço (meses)			
		Categoria Profissional			Total
		Enfermeiro	Técnico	Auxiliar	
Público	A1	209	242	107	197
	A2	17	60	31	35
	Subtotal	18	68	32	37
Privado	B	0	8	0	8
	C	10	0	30	23
	D	12	0	19	16
	E	6	0	11	8
	F	19	6	10	7
	G	40	18	78	27
	Subtotal	10	12	14	13
Filantrópico	H1	0	2	6	4
	H2	0	0	0	0
	I	23	0	17	17
	J	25	16	49	25
	K	26	18	31	20
	Subtotal	24	18	24	19
Total		17	17	23	19

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Nos hospitais privados, os demitentes, nas três categorias profissionais, apresentam tempos medianos baixos de trabalho, sendo: enfermeiros, dez meses; técnicos, um ano e auxiliares 14 meses. Este resultado aponta para uma elevada rotatividade nesses hospitais.

Cabe destacar, o hospital E, onde os demitentes permaneceram em atividade apenas oito meses, os enfermeiros, seis meses e os auxiliares, 11 meses. Também o hospital F mostra para técnicos de enfermagem tempo mediano baixo, seis meses. Os demitentes do hospital G são aqueles que apresentam maior tempo mediano de trabalho, 27 meses, sendo 78 meses (seis anos e seis meses) para auxiliar de enfermagem, 40 meses (três anos e quatro meses) para enfermeiro e 18 meses (um ano e seis meses) para técnico de enfermagem.

Nos hospitais filantrópicos, os enfermeiros e os auxiliares demitentes foram aqueles com maior tempo mediano de serviço (24 meses). Nos hospitais I, J e K, os enfermeiros demitentes permaneceram trabalhando em torno de dois anos. O tempo mediano mais elevado é o dos auxiliares de enfermagem do hospital J, 49 meses (quatro anos e um mês). No hospital H1, localizam-se os menores tempos medianos, nas categorias dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem, dois e seis meses, respectivamente.

O único estudo encontrado que permite comparações com essa investigação é o de Nomura (2001). O tempo mediano encontrado pela autora em um hospital público foi de três anos para enfermeiros, 2,5 anos para técnicos e 3,3 anos para auxiliares de enfermagem enquanto, em Uberaba-MG, esse tempo mediano foi de um ano e seis meses (18 meses) enfermeiros, cinco anos e oito meses para técnicos e dois anos e oito meses para auxiliares de enfermagem.

Assim, os resultados expostos na Tabela 13 evidenciam que, em função do tempo mediano mais elevado para todos trabalhadores de enfermagem do hospital público, a rotatividade nessa instituição é mais baixa que aquela verificada nos hospitais filantrópicos. A maior rotatividade está situada no grupo dos hospitais privados.

D – Curva de Sobrevivência no Emprego, em meses

Para a construção da representação gráfica da curva de sobrevivência no emprego dos trabalhadores de enfermagem, identificamos o número total de demitentes (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2003, em cada hospital e agrupamos o tempo de trabalho de cada um deles nos respectivos intervalos de classe. Nas curvas de sobrevivência no emprego apresentadas para cada hospital, tomamos como ponto de referência o tempo mediano de serviço. Este indica o tempo em que 50% dos trabalhadores demitentes saíram, enquanto os demais 50% continuaram trabalhando. Essa curva também evidencia os períodos (em meses) em que os demitentes “sobreviveram” no emprego antes de se desligarem. Assim, a curva tenderá a zero, mas não chegará a esse valor, uma vez que, procura mostrar com quanto tempo de serviço os demitentes saíram da instituição (Figuras 18 a 28).

No hospital público (Figura 18), observa-se uma curva de sobrevivência dos demitentes menos inclinada, nos primeiros meses de serviço, o que indica que 50% dos trabalhadores desta instituição permaneceram no emprego por mais tempo antes de saírem (três anos e um mês) e, portanto, maior estabilidade de emprego e menor rotatividade.

No grupo dos hospitais privados, a curva de sobrevivência dos demitentes apresenta-se com maior inclinação nos primeiros meses de serviço, o que indica que 50% dos trabalhadores demitentes sobreviveram no emprego em torno de 12 meses. Nos hospitais B, E e F (Figuras 19, 22 e 23), 50% dos trabalhadores demitentes permaneceram no emprego menos de um ano (aproximadamente oito meses). Os hospitais C e G (Figuras 20 e 24) apresentam maior tempo de sobrevivência dos demitentes com 23 e 27 meses, respectivamente.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados, Uberaba-MG

Figura 18 - Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital público A. Uberaba-MG, 2003.

A curva de sobrevivência dos demitentes do grupo dos hospitais filantrópicos, com exceção do hospital H1 (Figura 25), apresenta uma inclinação maior logo nos primeiros três meses, com tempo mediano de quatro meses, indicando baixa estabilidade da sua força de trabalho; os demais hospitais, I (Figura 26), J (Figura 27) e K (Figura 28) mostram curvas menos inclinadas com tempo mediano de trabalho dos demitentes entre 17 e 25 meses.

Assim, curva de sobrevivência dos demitentes, com maior inclinação nos primeiros meses de emprego, e mediana baixa de tempo de serviço indicam maior rotatividade entre os trabalhadores com menos tempo de serviço.

O estudo realizado por Anselmi (1993), com trabalhadores de enfermagem demitentes dos hospitais do município de Ribeirão Preto, encontrou maior tempo de sobrevivência nos hospitais públicos; curvas com quedas bruscas para os primeiros meses de serviço, que representam menor tempo de sobrevivência, foram verificadas pela autora nos hospitais filantrópicos, seguidos dos privados. Os dados encontrados nos hospitais de Uberaba se assemelham àqueles da autora acima, no que diz respeito ao hospital público, porém, divergem para os demais hospitais, onde a sobrevivência no emprego foi maior nos hospitais filantrópicos, seguidos dos privados.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 19 - Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital B. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 20 - Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital C. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 21 - Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital D. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 22 - Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital E. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 23 - Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital F. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 24 - Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital G. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 25 - Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital H (H1). Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 26 - Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital I. Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 27 - Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital J Uberaba-MG, 2003.

Fonte: Seção de pessoal e/ou setor de pagamento dos hospitais estudados. Uberaba-MG

Figura 28 - Curva de Sobrevivência no emprego (em meses) e respectiva mediana de tempo de serviço dos trabalhadores de enfermagem demitentes do hospital K. Uberaba-MG, 2003.

Os dados apresentados por Nomura (2001), relativos à curva de sobrevivência dos trabalhadores demitentes de um hospital público, indicam maior tempo de “sobrevivência” no emprego entre os enfermeiros, seguidos dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Portanto, as curvas de sobrevivência dos demitentes evidenciam que os trabalhadores de enfermagem do hospital público apresentam maior tempo de sobrevivência no emprego quando comparadas com aquelas do grupo dos hospitais privados e filantrópicos. O menor tempo de sobrevivência dos trabalhadores demitentes ocorre no grupo dos hospitais privados.

5 *Conclusões*

5 Conclusões

Em relação à caracterização, distribuição e inserção no emprego dos trabalhadores de enfermagem, os resultados obtidos evidenciaram que no ano de 2003:

- ❖ do total de leitos instalados na rede hospitalar do município, (924) 69,7% deles eram conveniados/contratados pelo SUS. Destes, 61,2% alocavam-se nos hospitais privados e filantrópicos;
- ❖ durante o ano, mensalmente, em média, 2.629 trabalhadores encontravam-se empregados nos hospitais estudados, dos quais 39,1% pertenciam à área de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem); dos 1.027 trabalhadores de enfermagem, 47% estavam empregados no hospital público, 26,1% nos privados e 26,9% nos filantrópicos; no hospital público, os trabalhadores estavam subdivididos em dois regimes de contrato de trabalho, Regime Jurídico Único (RJU) e Consolidação das Leis do Trabalho (CLT);
- ❖ em apenas um dos setores do hospital filantrópico H foram identificados trabalhadores de enfermagem terceirizados;
- ❖ dos 1.368 trabalhadores de enfermagem participantes do estudo, ou seja, aqueles que, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2003, apresentaram registro no cadastro de empregados e participaram da folha de pagamento, 44,8% estavam no hospital público, 29,1% nos hospitais privados e 26% nos filantrópicos;
- ❖ o maior contingente era de auxiliares de enfermagem (58,8%), seguido dos técnicos de enfermagem (30,5%) e dos enfermeiros (10,7%);

- ❖ em todos os hospitais, constatou-se que os auxiliares de enfermagem constituem a categoria profissional majoritária (acima de 50%);
- ❖ em relação às variáveis sexo e idade, a força de trabalho em enfermagem estudada é predominantemente feminina (81,8%); em relação à idade mediana, enfermeiros e técnicos são mais jovens que os auxiliares de enfermagem; os enfermeiros dos hospitais privados (31 anos) e dos filantrópicos (28 anos) são mais jovens que aqueles do hospital público (37 anos); o mesmo acontece com os técnicos de enfermagem, nos hospitais privados e nos filantrópicos; a mediana de idade dessa categoria é de 28 anos, enquanto no público, de 41 anos; os auxiliares de enfermagem nos três grupos de hospitais, apresentam idade mediana semelhante, em torno de 40 anos;
- ❖ a jornada de trabalho semanal predominante é aquela de 36 horas; no hospital público, o grupo de trabalhadores sob regime estatutário (RJU) desenvolve jornada semanal de 40 horas;
- ❖ quanto ao tempo de trabalho, 70% dos técnicos de enfermagem, 60% dos auxiliares de enfermagem e 50% dos enfermeiros estão atuando nas instituições estudadas há menos de 5 anos;
- ❖ no hospital público, a maioria dos enfermeiros tem entre cinco e dez anos de trabalho; nos hospitais privados e filantrópicos, percentual elevado, acima de 60% dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem têm menos de cinco anos de trabalho; em alguns hospitais, como no D e F, 70% dos técnicos de enfermagem têm menos de um ano, no hospital E, 83,3% dos enfermeiros e 60% dos auxiliares têm menos de um ano;
- ❖ na rede hospitalar estudada, 65% dos enfermeiros recebem entre 5 SM e 10 SM, 66,2% e 53% dos técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem,

respectivamente, recebem entre 2 SM e 5 SM; no hospital público, trabalhadores estatutários apresentam rendimento médio mensal superior aos celetistas; no hospital privado F e no filantrópico J, a maioria dos técnicos de enfermagem recebem menos de 2 SM; de um modo geral, os trabalhadores de enfermagem do hospital público são melhor remunerados que aqueles dos hospitais privados e filantrópicos;

Em relação à rotatividade no trabalho de enfermagem tem-se que:

- ❖ houve um incremento de 51 novos postos de trabalho para a área de enfermagem no conjunto de hospitais estudados; a maior ampliação de postos (35) ocorreu nas instituições filantrópicas;
- ❖ no que se refere às diferentes categorias profissionais, a maior expansão de postos de trabalho aconteceu com os técnicos de enfermagem (58 postos), enquanto, para auxiliares de enfermagem, houve uma redução de 11 postos;
- ❖ no hospital público, foram suprimidos 65 postos de auxiliares de enfermagem celetistas, os quais podem ter migrado para o grupo de auxiliares estatutários, que ampliou 53 postos em virtude da liberação de vagas para esse tipo de contrato pelo nível federal;
- ❖ durante o ano de estudo, em toda a rede de hospitais, foram admitidos 327 trabalhadores de enfermagem, sendo 8,6% de enfermeiros, 39,4% de técnicos de enfermagem e 52% de auxiliares de enfermagem; desligaram-se do emprego, 276 trabalhadores, 8,7% de enfermeiros, 25,7% de técnicos e 65,6% de auxiliares de enfermagem;
- ❖ o maior percentual das admissões e de desligamentos aconteceu nos hospitais privados, 37,3% e 42%, respectivamente;

- ❖ no hospital público, o maior volume de admissões ocorreu no grupo dos estatutários, tanto para técnico como para auxiliar de enfermagem;
- ❖ a categoria profissional com maior número de demissões é a de auxiliar de enfermagem, nos três grupos de hospitais;
- ❖ no contexto geral das instituições estudadas, as taxas de admissão são superiores às de desligamento; as maiores taxas, tanto de admissão (44,3%) como de demissão (42,1%) estão nos hospitais privados; particularmente no hospital F, onde TA foi de 68,9% e TD de 71,3%;
- ❖ enfermeiros e auxiliares de enfermagem têm taxas de admissão e desligamento semelhantes; enquanto os técnicos de enfermagem mostram taxa de admissão maior (41,3%) que a de demissão (22,7%);
- ❖ a taxa líquida de substituição (TLS) geral foi de 24,3%; a maior taxa foi encontrada nos hospitais privados (30,7%) e a menor, no hospital público (18,3%);
- ❖ entre as categorias profissionais, os técnicos exibem maior TLS, 32,1%, enquanto a dos enfermeiros e auxiliares gira em torno de 20%;
- ❖ segundo o indicador, permanência média no emprego (em anos), o quadro de pessoal de enfermagem da rede estudada seria totalmente renovado entre três anos e sete meses; nos hospitais privados, isso ocorreria em um tempo menor, dois anos e cinco meses e, no público, em um tempo maior, cinco anos e quatro meses;
- ❖ o quadro de enfermeiros seria renovado completamente no prazo de quatro anos e oito meses e o de técnicos e auxiliares, em torno de três anos e seis meses;

- ❖ a mediana de tempo de trabalho dos 276 trabalhadores que saíram do emprego foi de 19 meses; os demitentes do hospital público foram aqueles que permaneceram maior tempo empregados, 37 meses, enquanto, nos hospitais privados, o tempo mediano de trabalho dos desligados foi de 13 meses, cerca de um ano;
- ❖ os auxiliares de enfermagem demitentes foram aqueles que permaneceram maior tempo empregados (23 meses), quando comparados aos demais, enfermeiros e técnicos (17 meses);
- ❖ pelas curvas de sobrevivência no emprego dos demitentes, identificou-se maior estabilidade e, por consequência, menor rotatividade para o grupo de trabalhadores do hospital público; o contrário foi verificado nos hospitais privados, onde a estabilidade é mais baixa e a rotatividade maior.

6 *Considerações finais*

6 *Considerações finais*

Os recursos humanos vêm assumindo, desde longa data, um papel relevante na produção de serviços de saúde. Os trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) representam parcela importante da força de trabalho alocada nas instituições hospitalares. Particularmente, este conjunto de agentes, neste espaço específico de trabalho, desenvolvem ações predominantemente de cunho assistencial, voltadas diretamente ao cuidado das pessoas. A qualidade dessas ações dependerá da articulação simultânea entre duas dimensões: o quantitativo de trabalhadores disponíveis para a concretização desse trabalho e a respectiva qualificação. Estes aspectos, porém, pressupõem que se conheçam determinados aspectos dessa força de trabalho, entre eles: a composição, a distribuição, a inserção no emprego e a dinâmica de movimentação no mercado de trabalho em enfermagem.

Partindo desse entendimento, este estudo descreve a inserção no emprego e a rotatividade dos trabalhadores de enfermagem em onze hospitais da rede hospitalar do município de Uberaba-MG, no ano de 2003, sendo um público, seis privados e quatro filantrópicos.

A coleta de dados, desenvolvida durante sete meses, exigiu contato contínuo com os setores de recursos humanos e de enfermagem dos hospitais estudados, e retorno constante a estes locais em busca das informações necessárias, uma vez que estas nem sempre estavam disponíveis ou atualizadas. Este processo permitiu conhecer, de forma mais detalhada, a rede hospitalar de Uberaba e a inserção da força de trabalho em enfermagem.

Uma das dificuldades encontradas no desenvolvimento dessa pesquisa foi a escassez de estudos nacionais sobre a temática rotatividade no trabalho de enfermagem. Este fato já era apontado por Anselmi (1988, 1993) e persiste até os dias de hoje, embora na literatura, de modo geral, a rotatividade seja apontada como uma das problemáticas cruciais dos serviços de

saúde. Na produção científica internacional foram identificados vários estudos com metodologias bastante diversificadas. Somado a este aspecto, deve-se levar em conta os contextos dos serviços e dos sistemas de saúde em que essas pesquisas foram realizadas.

Assim, as comparações efetuadas tomaram como referência os poucos estudos brasileiros realizados na área de enfermagem, como o de Anselmi (1988, 1993) e o de Nomura (2001).

Ao finalizar este estudo pode-se considerar que, no ano de 2003, a força de trabalho em enfermagem inserida nos hospitais de Uberaba-MG era composta, majoritariamente, por mulheres, com idade mediana de 38 anos, e a maioria cumprindo jornada de trabalho semanal de 36 horas, sob contrato celetista.

Particularizando os hospitais, identificou-se que nos privados e filantrópicos os trabalhadores são mais jovens que no público; há um percentual elevado de técnicos e auxiliares de enfermagem com menos de cinco anos de trabalho, mas, também um percentual expressivo desses trabalhadores com menos de um ano; e o rendimento médio dessas categorias profissionais pode ser considerado baixo.

Outro aspecto a ser destacado diz respeito à rotatividade, que, pelos indicadores utilizados, pode ser considerada elevada em 2003 em toda a rede, mas, sobretudo, nos hospitais privados. Em alguns deles, a substituição de trabalhadores foi intensa, sem a devida reposição das vagas deixadas pelos demitentes como é o caso dos auxiliares de enfermagem. Ainda nesses hospitais verificou-se que, mantidas as condições atuais em termos de admissão, desligamento e quantitativo de trabalhadores em serviço, o quadro geral seria renovado totalmente em breve espaço de tempo, o que é altamente comprometedor à assistência de enfermagem. Também em determinados hospitais privados, o tempo mediano de serviço dos demitentes mostrou-se muito baixo, assinalando que estas instituições vêm perdendo

trabalhadores com menor tempo de serviço e indicando uma rotatividade elevada de sua força de trabalho.

Entende-se que o presente estudo permitiu conhecer a dinâmica da força de trabalho de enfermagem, inserida no âmbito do mercado de trabalho hospitalar do município de Uberaba-MG, nas dimensões de sua caracterização, composição, distribuição e de movimentação. Os resultados, além de constituírem uma fonte de informações, acredita-se, trazem contribuições importantes, tanto à direção dos hospitais e serviços de enfermagem, como ao gestor local com vistas ao gerenciamento de recursos humanos em enfermagem no município.

Esta pesquisa, à medida que foi sendo finalizada, gerou questões e perspectivas que merecem novas investigações, entre elas, o conhecimento sobre as razões que provocam rotatividade elevada dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Uberaba, o que permitiria implementar estratégias de retenção dessa força de trabalho.

7 *Referências bibliográficas*

7 Referências bibliográficas

ANSELMÍ, M. L. **Estudo da rotatividade dos enfermeiros de um Hospital-Escola.** Ribeirão Preto, 1988. 188 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1988.

_____. **A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, 1993. 270 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

_____. **Quadro de referência para elaboração do orçamento de enfermagem em instituições hospitalares.** Ribeirão Preto, 2000. 134 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

ANSELMÍ, M. L.; ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, E. L. R. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Ribeirão Preto. **Rev. Panam. Salud Publica**, v 2, n. 1, p. 44-50, julho 1997.

ANSELMÍ, M. L.; DUARTE, G. G.; ANGERAMI, E. L. S. “Sobrevivência” no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 9, n. 4, p.13-8, 2001.

ANSELMÍ, M. L.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; COHEN, D. D. Análise do perfil da clientela do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE). **Rev. Formação**, v.3, n.7, p. 89-111, jan./abr. 2003.

BATISTA, L. M. G.; CAVALCANTI, J. H. D. **Administração de pessoal no serviço público:** regime jurídico único. Texto de apoio elaborado para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos humanos de Saúde (CADRHU), 2004.

BORDA, R. G.; NORMAN, I. J. Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. **Int. J. Nurs. Study**, v. 34, n. 6, p. 385-94, 1997 Dec.

BRASIL. Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, 13 ago. 1998.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Dossiê:** mercado de trabalho em enfermagem no Brasil: PROFAE – Programa de Formação de Trabalhadores na Área de enfermagem. Brasília: [s.n.], mar. 1999. 130 p. (trabalho gráfico).

_____. Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Rev. Formação**, Brasília, v.1, n.1, 90p, 2001a.

_____. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. Grupo focal ampliado com gestores hospitalares e coordenadores de enfermagem. **Rev. Formação**, Brasília, v.1, n.1, p.37-46, janeiro 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2002a. 112p. (Série Cadernos Técnicos). (Série J. Cadernos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e redes assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. Normas e manuais técnicos**. 2ª ed. revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 32 p.

_____. Decreto nº 4.327, de 08 de agosto de 2002. Aprova critérios para concessão do certificado de filantropia para os hospitais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 9 ago. 2002c.

_____. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 15: Apresentação.

_____. Resolução nº 154, de 15 de junho de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2004.

CAMPBELL, S. L.; FOWLES, E. R.; WEBER, B. J. Organizational structure and job satisfaction in public health nursing. **Public Health Nurs.**, v. 21, n. 6, p. 564-71, 2004 Nov.-Dec.

CHERCHGLIA, M. L. **Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos**. /Texto de apoio elaborado para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU), 1999/.

CHRISTÓFARO, M. A. C.; MELO, C. M. M.; GUSSI, M. A. **Relatório final: perfil de ações do técnico de enfermagem no Brasil**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem-Ministério da Saúde, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Disponível em: <http://www.cofen.com.br> . Acessado em: 01/05/2005.

COSTA NETO, M. M.; AZEVEDO, A. C. Proposta de classificação de hospitais e leitos. **Rev. Paul. de Hosp.** v. 34, n. 1/2/3, p. 33-9, 1986.

COSTENARO, O. M. V.; RIBEIRO, A. M.; TOGNINI, D. L.; CAMPOLEONI, S.T. Rotatividade de pessoal: causas, conseqüências e propostas. **Rev. Paul. Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 40-3, 1987.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. Rotatividade: conceito e determinantes (primeira parte). **Bol. DIEESE**, São Paulo, ano 7, p. 7-19, dez. 1988 (Estudos e Pesquisas).

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. Salário mínimo, uma questão econômica e de política – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos, abril 2005.

DUXBURY, M. L.; ARMSTRONG, G. D. Calculating nurse turnover indices. **J. Adv. Nurs.**, v. 12, n. 3, p. 18-24, 1982.

ELY, S. M. R. Medidas de turnover na indústria do Rio Grande do Sul. **Rev. Adm. Pública**, v. 13, n. 3, p. 85-108, jul.-set. 1979.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em Saúde no Brasil. **Rev. Formação**, n. 6, p.15-36, set. 2002a.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, IE, 2002b.

GIRARDI, S. N.; CHERCHIGLIA, M. L.; ARAÚJO, J. F. Formas institucionais de terceirização de serviços de saúde na rede hospitalar filantrópica. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 191-225.

GONÇALVES, C. F. F. **Estatística**. Londrina-PR.Ed URL, 2002. 304p.

GOODIN H. J. The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature. **J. Adv. Nurs.**, v. 43, n. 4, p.335-43, 2003.

HARRIET, D.; FOLCARELLI, P.H.; CRAWFORD, S.; DUPRAT, L. J; CLIFFORD, J.C. The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses. **Med. Care**, v. 35, n. 6, p 634-45, June 1997.

KINGMA, M. Nursing migration: global treasure hunt or disaster-in-the-making? **Nurs. Inquiry**, v. 8, n. 4, p. 205-12, 2001.

LEE, H.; HWANG, S.; KIM, J.; DALY, B. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. **J. Adv. Nurs.**, v. 48, n. 6, p. 632-41, 2004 Dec.

LEONE, T. L. **Renda familiar e trabalho da mulher na região metropolitana de São Paulo nos anos 80 e 90. Texto para discussão**. Campinas: IE/UNICAMP, jul. 1999. n.81.

LIMA, S. M.L.; BARBOSA, P. R.; PORTELA, M. C.; UGÁ, M. A. D.; VASCONCELLOS, M. M.; GERSCHMAN, S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 20, n. 5, p. 1249-61, set./out. 2004.

LU, H.; WHILE, A. E.; BARRIBALL, K. L. Job satisfaction among nurses: a literature review. **Int. J. Nurs. Study**, v. 42, n. 2, p. 211-7, 2005 Feb.

LU, K. Y; LIN, P. L.; CHUNG, M. W.; HSIEH, Y. L.; CHANG,Y.Y. The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. **J. Prof. Nurs.**, v. 18, n. 4, p. 214-9, 2002 July-Aug.

MARINHO, A. **Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), set. 2004. Texto para discussão nº 1041.

MORRELL, K. Towards a typology of nursing turnover: the role of shock in nurses, decisions to leave. **J. Adv. Nurs.**, v. 49, n. 3, p. 315-22, 2005 Feb.

MRAYYAN, M. T. Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. **J. Nurs. Manage.**, v. 13, n. 1, p. 40-50, 2005 Jan.

NOGUEIRA, R. P. **Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho**. Relatório final de Recursos Humanos para a Saúde. Questões na Área da Gestão e Regulação do Trabalho. Foz do Iguaçu, 01 e 02 julho 1999.

NOGUEIRA, R. P. Política de recursos humanos em saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. In: CASTRO, J. L. (Org.). **PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 31-43.

NOMURA, F. H. **Rotatividade de enfermagem**: estudo em um hospital-escola. São Paulo. 2001. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem. **Rev. Formação**, v.3, n. 7, p. 73-87, jan./abr. 2003.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C. Classificação brasileira de ocupações – 2002. Perspectivas para análise do mercado de trabalho em saúde com o foco na Enfermagem. **Rev. Formação**, Brasília, v. 2, n.6, 55-69, set./dez. 2002.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REMSBURG, R. E.; ARMACOST, K. A.; BENNETT, R. G. Improving nursing assistant turnover and stability rates in a long-term care facility. **Geriatr. Nurs.**, v. 20, n. 4, p. 203-8, 1999.

RUFFINI, R. **La produttività nelle aziende di servizi**. Milano: Guerini Scientifica, 1995.

SANTANA, J. P. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. **Divulgação em Saúde para Debates**, n.14, ago. 1996.

SANTOS, J. B. F.; UCHOA, J. F.; MENELEU NETO, J. Precarização do trabalho de nível técnico em saúde no Nordeste: um enfoque nos auxiliares e técnicos de enfermagem. In: BARROS, A. F. R (Org). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2, p.163-81.

SPINDOLA, T; SANTOS, R. S.; Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n. 5, p. 592-600, set./out. 2003.

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Orgs.). **Recursos humanos em saúde**: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp, IE, 2002.

SÓRIO, R. E. R. Inovações no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão à luz da experiência do PROFAE. In: CASTRO, J. L. (Org.). **PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 17-29.

TAI, T. W.C.; BAME, S. I.; ROBINSON, C. D. Review of nursing turnover research, 1977-1996. **Soc. Sci. Med.**, v. 47, n. 12, p. 1905-24, 1998.

TANABE, M. **Contribuição ao estudo da rotatividade da mão de obra**. São Paulo. 1985. 215 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

UBERABA (Cidade).www.uberaba.com.br/ Disponível em: 10/06/2005.

[http:// www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil). 2005. Acesso em: 01/05/2005.

http://www.estadao.com.br/ext/economia/financas/historico/dolar_2003.htm. Acesso em: 25/10/2005.

VAN DER MERWE, R.; MILLER, S. The measurement of labour turnover. **Human Relations**, v. 24, n. 3, p. 233-53, 1971 June.

VIEIRA, M. G. A.; ANTUNES, A. A. Evolução da força de trabalho em enfermagem no município de Uberlândia no período de 1994 a 2002. **REME**, v. 8, n. 2, p. 301-6, abr./jun. 2004.

YIN, J-C.T.; YANG, K-P. A. Nursing turnover in Taiwan: a meta-analysis of related factors. **Int. J. Nurs. Study**, v. 39, p. 573-81, 2002.

Instrumento de coleta de dados: trabalhadores de enfermagem

Código de identificação:
Hospital/trabalhador: por exemplo (A) - identificação do hospital e (1) - identificação do trabalhador.
Função: Enfermeiro (Enf), Técnico de enfermagem (Téc) e Auxiliar de enfermagem (Aux).
Sexo: masculino (M) e feminino (F).
Tipo de contrato: regime jurídico único (RJU) e regime celetista (CLT).
Jornada semanal: 20, 36 ou 40 horas semanais.

Código de identificação:

Hospital/trabalhador: por exemplo (A) Identificação do hospital e (1) identificação do trabalhador.

APÊNDICE 2**Permissão para o desenvolvimento da pesquisa**

Uberaba, dezembro de 2003

Ilmo Sr(a).

Dr(a).

Diretor(a) do Hospital

Uberaba – Minas Gerais

Prezado Senhor(a),

Como docente do Centro de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro e estando matriculada regularmente no Programa de Pós Graduação – nível Doutorado – Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto–USP, vimos através deste solicitar a V^a S^a autorização para desenvolver, junto a essa Instituição, nosso projeto de pesquisa intitulado “Recursos Humanos de Enfermagem na rede hospitalar do Município de Uberaba –MG”. Seu objetivo é analisar a inserção dos recursos humanos de enfermagem na rede hospitalar do Município de Uberaba - Minas Gerais no ano de 2003, segundo algumas variáveis, entre elas, sexo, idade, escolaridade, tempo de trabalho na instituição e na função atual, salário, gastos mensais com pessoal de enfermagem e gastos globais da instituição. Consideramos que as análises resultantes deste estudo trarão subsídios relevantes tanto para o melhor conhecimento acerca da distribuição dos recursos humanos de enfermagem no município quanto para a gestão do sistema local de saúde.

Para o desenvolvimento deste estudo, necessitamos efetuar consulta a documentos da instituição como o Cadastro de empregados; Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) – Lei nº 4923/65 do Ministério do Trabalho, este último, é preenchido mensalmente pela Seção de Pessoal da instituição; folha de pagamento e balancete mensal. O período selecionado para o estudo será de janeiro a dezembro de 2003. Para efeito de análise, as instituições estudadas serão identificadas por meio de letras garantindo assim o anonimato; também não haverá identificação nominal dos trabalhadores.

Certas de contarmos com sua atenção, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

.....
Prof^ª Dr^a Maria Luiza Anselmi
Orientadora

.....
Helena Hemiko Iwamoto
Pesquisadora

APÊNDICE 3**Permissão para o desenvolvimento da pesquisa**

Uberaba,dezembro de 2003

Ilmo Sr(a).

Dr(a).

Coordenador(a) do Serviço de Enfermagem do Hospital

Uberaba – Minas Gerais

Prezado Senhor(a),

Como docente do Centro de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro e estando matriculada regularmente no Programa de Pós Graduação – nível Doutorado – Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto–USP, vimos através deste solicitar a V^a S^a autorização para desenvolver, junto a essa Instituição, nosso projeto de pesquisa intitulado “Recursos Humanos de Enfermagem na rede hospitalar do Município de Uberaba –MG”. Seu objetivo é analisar a inserção dos recursos humanos de enfermagem na rede hospitalar do Município de Uberaba - Minas Gerais no ano de 2003, segundo algumas variáveis, entre elas, sexo, idade, escolaridade, tempo de trabalho na instituição e na função atual, salário, gastos mensais com pessoal de enfermagem e gastos globais da instituição. Consideramos que as análises resultantes deste estudo trarão subsídios relevantes tanto para o melhor conhecimento acerca da distribuição dos recursos humanos de enfermagem no município quanto para a gestão do sistema local de saúde.

Para o desenvolvimento deste estudo, necessitamos efetuar consulta a documentos da instituição como o Cadastro de empregados; Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) – Lei nº 4923/65 do Ministério do Trabalho, este último, é preenchido mensalmente pela Seção de Pessoal da instituição; folha de pagamento e balancete mensal. O período selecionado para o estudo será de janeiro a dezembro de 2003. Para efeito de análise, as instituições estudadas serão identificadas por meio de letras garantindo assim o anonimato; também não haverá identificação nominal dos trabalhadores.

Certas de contarmos com sua atenção, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

.....
Prof^ª Dr^a Maria Luiza Anselmi
Orientadora

.....
Helena Hemiko Iwamoto
Pesquisadora

APÊNDICE 4

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**

**PARECER DO CEP
APROVADO**